Czasopismo Lekarskie

VII. 1905 Maj. 5.

Epidemiologia i profilaktyka cholery.

Podał Dr. Stanisław Serkowski.

Obecna szósta epidemia cholery rozpoczęła swój pochód w 1903 roku w taki sam sposób, jak i poprzednie, t. j. głównie dwiema drogami karawanowemi przedostała się do Persyi, a w roku zeszłym i do Europy, przeszła wzdłuż zachodnich brzegów morza Kaspijskiego i znów rozeszła się w dwóch kierunkach—w północnym wzdłuż Wołgi (przez Astrachań, Saratów) i, niedochodząc do Kazania, podążyła w stronę Moskiewskiej i Twerskiej gubernii; druga zaś gałęź—południowo-zachodnia—przesunęła się na zachód przez okręg Wojska Dońskiego, gubernię chersońską i część gub. Ekaterynosławskiej, dążąc w stronę Dniepru. Prócz tego, na północ od Saratowa od północnego szlaku oddzieliła się boczna gałęź wgłąb środkowej Rossyi w stronę Woroneża.

Jeżeli uprzytomnimy sobie te trzy główne szlaki z ich bocznemi rozgałęzieniami, to można prawie być przekonanym, że w lecie i jesieni roku bieżącego cholera szeroką ławą posunie się na zachód, i znów obejmie w swym pochodzie Królestwo Polskie i Galicyę. Znajdzie tu u nas bardzo podatną glebę do swego rozwoju—stan ogólnej depresyi, brak oświaty, nędzę i warunki sanitarne miast i miasteczek niżej wszelkiej krytyki, bo „nasze miasta i miasteczka — mówiąc słowami kol. Jaworskiego*) — powstrzymane są na drodze rozwoju naturalnego, w nich gnieździ się niechlujstwo, króluje bezczynność i obojętność na najżywotniejsze sprawy fizyczne i duchowe ludności; te braki i te wady wynikają najpierw ze sposobu prowadzenia spraw miejskich, powtóre ze sposobu zarządzania funduszami miejskimi, potrzecie z braku pewnych przepisów w ustawodawstwie, poczwarte—z braku sił odpowiednich, niezbędnych w celu starania się o potrzeby miast, po piąte z braku wszelkiej kontroli ze strony społeczeństwa spraw gospodarki miejskiej".

*) Zdrowie. 1905. 2 str. 105.

Postaram się uzasadnić obawę zawleczenia i do nas cholery. Podobno raz tylko*)—w roku 1823—cholera doszła z Bengalu, Indostanu i Persyi do Astrachania i tu wygasła; pozatem historya i epidemiologia wskazuje, że *jeżeli cholera zjawiła się choćby w jednej tylko miejscowości Rossyi Europejskiej, to można z pewnością oczekiwać wybuchu wielu ognisk w różnych stronach Europy, nawet bardzo oddalonych jedna od drugiej, i że niemożna w takich razach i niewolno łudzić się, że cholera jest jeszcze od nas bardzo daleko.* Może ona robić odrazu skoki o tysiące wiorst, i takich spostrzeżeń opisano niezmiernie dużo: przytoczę choćby przypadek, obserwowany przez Pettenkofera, że dziecko przewiozło cholerę z Odessy bezpośrednio do Altenburga w Niemczech. Setek innych spostrzeżeń, zwłaszcza co do rozszerzania bodźców cholery przez flisaków i podróżnych na statkach i kolejach, przenoszenia w ten sposób zarazy na wielkie odległości, rozsiewania wzdłuż drogi i wytwarzania w ten sposób nowych bocznych ognisk — przytaczać tu nie będę, bo są to wszystko pewniki, ogólnie znane i przyjęte.

Pięć większych epidemii cholery, które nawiedziły Europę w różnych odstępach czasu, drogi, jakiemi się posuwały, czas największego i najmniejszego ich natężenia—wszystko to niemało pozostawiło po sobie spostrzeżeń i naukowo uzasadnionych teoryi. Okazało się, że maximum i minimum natężenia epidemii w Indyach i w środkowej Europie rozbiega się: w Indyach mianowicie maximum, a w Europie minimum przypada na luty do maja, i odwrotnie znów w Indyach minimum, a w Europie maximum zdarza się od czerwca do jesieni. Ostatnia większa epidemia, która utartym szlakiem — wzdłuż morza Kaspijskiego i Wołgi—wtargnęła do Europy, w ciągu 1890—1894 roku zabrała w samej tylko Rossyi 800 tysięcy ofiar; w Niemczech w tymże czasie było tylko 9 tysięcy, a to dzięki ogólnym lepszym warunkom sanitarnym, ekonomicznym i wo-

*) B. Dzierżawski, O Hewelke, W. Janowski i J. Zawadzki. Cholera, jej dawniejsze epidemie u nas. 1892, str. 2.

góle kulturalnym, oraz dzięki temu, że w początku epidemii Hamburskiej w r. 1892 Robert Koch opracował racyonalny plan walki z cholerą, plan przyjęty przez kongres Drezdeński w 1893 roku i niezwłocznie zastosowany we wszystkich cywilizowanych państwach. U nas ten plan nie wprowadzony jest w życie, to jest właśnie *główną przyczyną możliwości zawleczenia cholery: jesteśmy do odparcia jej nieprzygotowani.*

Dzisiaj już chyba wszyscy, bez wyjątku, zgadzają się na ten zasadniczy pogląd, że cholera nigdzie nie może powstać samoistnie, lecz zawsze jest zawleczona przez ludzi chorych lub zdrowych i przedmioty zakażone, że zakażenie następuje tylko per os, a bodźce choleryczne opuszczają ustrój człowieka w kale i masach wymiotnych, czasami i w moczu,—że nakoniec—zakażenie drogą powietrza jest wykluczone. Ponieważ *zdarzają się lekkie przypadki cholery, mogące objawiać się jedynie biegunką, a także, ponieważ ludzie zupełnie zdrowi, przybywający z ognisk zarazy, mogą zawierać w wydzielinach rzeczywiste i zjadliwe przecinki choleryczne, sami niepodlegając chorobie, lecz ją roznosząc* (jest to jeden z podstawowych epidemiologicznych faktów, udowodnionych przez Gotschlicha) nic więc dziwnego, że nie zawsze jesteśmy w stanie określić ścisły związek między jednym chorym a następnym, i że w długim łańcuchu epidemiologicznym z przed oczu naszych giną poszczególne ogniwa.

Niezmiernej doniosłości są takie ustalone już fakty, jako to, że zdrowieńcy w cięższych zarówno jak i bardzo lekkich przypadkach cholery mogą wydzielać ze swemi, pozornie prawidłowemi już, wydzielinami zarazki swoiste w ciągu całych tygodni i nawet miesięcy (Dönitz, Kolle); dalej, że woda i szlam wodny mogą zawierać żywe i zjadliwe wibriony choleryczne w ciągu kilku tygodni; nakoniec, że zimowym nizkim temperaturom swoiste bodźce długo opierać się mogą w stanie czasowego spokoju, mało tracąc ze swoich właściwości (tak np. według Brehmego*) wibriony choleryczne opierać się mogą temperaturze—16° poniżej 0° w ciągu 57 dni). Biorąc te dane pod uwagę, nie będziemy się dziwić ani dalekim przeskokom ognisk, ani trudności, napotykanej w zbadaniu dróg i etapów zarazy. To pewna, że główną rolę odgrywają: 1) ręce, o ile miały styczność z zakażonemi wydzielinami, bielizną, przedmiotami, produktami spożywczemi i fabrycznemi z miejsc dotkniętych epidemią i t. d.; 2) zakażone produkty spożywcze i 3) zakażona woda do picia.

Bywają więc, jak udowodnił Robert Koch, dwa zasadnicze typy w przebiegu epidemii cholery: pierwszy—to contagium (przez ręce, wydzieliny, przedmioty, produkty spożywcze) i drugi typ —zakażenie przez wodę. Najczęściej bywa to ostatnie, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z płytkiemi studniami, czy też centralnem wodociągowem urządzeniem: przy takiem zakażeniu powstają nagłe duże epidemie. Przy przenoszeniu zaś zarazków od jednej osoby na drugą, od jednej grupy ludzi do drugiej, t. j. przy pośredniem lub bezpośredniem contagium, mają miejsce postępowe łańcuchowe zachorowania, nieprawidłowe ani co do czasu, ani co do przestrzeni. Epidemie rozpowszechniane za pośrednictwem wody bywają zbiorowe i odrazu obejmują okręg sieci wodnej, przy zarażeniu zaś kontagijnem powstają nieduże ogniska zarazy bez prawidłowego typu. Oczywiście jeden i drugi typ szerzenia się epidemii nietylko niewyklucza się wzajemnie, lecz przeciwnie, zawsze jeden drugiemu współdziała czyniąc przez to epidemię cholery tak groźną i szybko postępującą.

Baku i gubernia bakińska jest zawsze tym przednim punktem, który, sąsiadując z Persyą bezpośrednio, tworzy furtkę do wprowadzenia cholery do Europy z Azyi. Miejscowa ludność utrzymuje z Persyą drogą morską i lądową żywe stosunki handlowe, z Persyi przybywa corocznie po kilkadziesiąt tysięcy ludzi na wiosnę i jesienią na roboty; zwłaszcza lądowa droga jest najniebezpieczniejsza, bo w portach wszystkich istnieją kwarantany. Co do miejscowych warunków, to doliny bywają corocznie zalewane wylewami rzek Kury i Araksa, panuje tam stale złośliwa malarya, zwłaszcza w 4-ch powiatach, zmniejszając odporność ludności względem wszelkich chorób zakaźnych. Ludność składa się przeważnie z tatarów zabobonnych i niekulturalnych; warunki pracy robotników w zakładach nafcianych i rybnych są wprost pod względem sanitarnym straszne. Przeważna więc część ludności stanowi jaknajpodatniejszy materyał na ofiary cholery. Odczuwa tam miejscowa ludność ogromny brak lekarzów: dość powiedzieć, że w całej gubernii jest zaledwie 6-u lekarzów na wsiach, po jednym w każdym powiecie. Gubernator, książe Naka-

*) Baumgart. Jahresber. 1905, str. 604.

szidze*) *w roku bieżącym* stara się o zwiększenie liczby lekarzów, urządzenie większej stacyi bakteryologicznej i asygnowanie większego kredytu. Doświadczenie roku zeszłego wykazało, że wszystkie rozporządzenia i postanowienia komisyi sanitarnych i administracyi—pozostały jedynie martwą literą, nikt ich niespełnia, nikt też niekontroluje, aby były spełniane. Cała działalność komisyi polega na regularnem uczęszczaniu na posiedzenia, czynnie zaś członkowie niechcą brać w walce żadnego udziału. Z tego powodu—jak twierdzi gubernator —nawet podczas posiedzeń niepraktyczni członkowie, debatowali o niczem całemi godzinami. Komitety obywatelskie niemają żadnego u ludności autorytetu, a działając każdy w zamieszkiwanej przez siebie części miasta, czyli między sąsiadami, sprawy traktują pobłażliwie, po sąsiedzku. W 95% przypadków rozporządzenia co do izolacyi chorych, dezynfekcyi lokali i grzebania zmarłych znalazły w miejscowej ludności mahometańskiej zaciętych wrogów i oczywiście niebyły wypełnione. Z lazaretów i baraków na wsiach nikt wcale niechciał korzystać.

Z 55 basenów kąpielowych zbadano w Baku wodę bakteryologicznie i w 12-u znaleziono masę wibrionów cholerycznych; z 2,500 badanych studni w 42 znaleziono zarazki swoiste. Co jest ważną epidemiologiczną wskazówką, to fakt, że po zamknięciu zakażonych kąpielowych zakładów i studzien w jednej muzułmańskiej części miasta cholera wygasła zupełnie, pomimo innych bardzo złych warunków sanitarnych. Wogóle, od 15 sierpnia do 30 listopada 1904 r. w Baku i gubernii Bakińskiej cholera wybuchła w 89 miejscowościach, zachorowało 2131 osób, z tego zmarło 1517, czyli 71%.

W Merwie w r. z. podług opisów K o n s t a n s o w a**) cholera wybuchła w początku sierpnia wśród miejscowej wojskowej załogi, a po 2-ch tygodniach przedostała się i do reszty ludności, a później z Merwu rozszerzyła się i na sąsiednie punkty Okręgu Zakaspijskiego.

Hodowlę bakteryi, wyosobnionych w Merwie, posiadam w swojej kolekcyi: odznacza się ta hodowla szybkiem rozrzedzaniem żelatyny (w niespełna dobę), aglutynując się w rozcieńczeniu 1:10000 wysokowartościową surowicą.

*) Wiestnik Obszczestw. Gigieny 1905 Luty, str. 160—161.
**) Wiest. Obszczestw. Gigieny 1905 Luty, str. 192.

Epidemiologia cholery w roku 1904 wskazuje, że rozszerzanie się jej postępowało według nieprawidłowego typu: na wiosnę 1904 r. była w Persyi, w początku sierpnia zjawiła się w Merwie, a po 2-ch tygodniach i w Baku. W Saratowie główny wybuch nastąpił między 4 i 15 września, 28 września rozpoczęła się w Samarze, a dopiero 1 października stwierdzono ją w Astrachaniu. Jeżeli te spostrzeżenia są ścisłe*), wskazują one, że cholera może być z pewnego miejsca przeniesiona na daleką odległość, skąd później nietylko posuwa się naprzód, ale i cofa się wstecz, wypełniając nieobjęte początkowo przestrzenie. W Astrachaniu, jak i w innych miejscowościach, przyczyną główną było używanie surowej nieprzegotowanej wody: sami chorzy to spostrzegali.

Chorobotwórcze własności wyosobnionych w różnych miejscowościach obecnej epidemii zarazków odznaczają się mniejszą zjadliwością stosunkowo z normą (1—1,5 ctm.^{3} 2—3 dobowej hodowli zabijają morską świnkę dopiero po 30—40 godzinach), i tem—być może—objaśnia się słabszy niż zwykle i wolniejszy postęp epidemii. W każdym razie, śmiertelność według statystyki H a h n a**), w Merwie w wojsku była 28,6%, a wśród cywilnej ludności 78,7% śmiertelności.

Od początku sierpnia roku zeszłego cholera zwolna rozszerzała się w Baku i wzdłuż Wołgi, wprawdzie znacznie wolniej niż w r. 1892, ale zato główne szlaki z bocznemi rozgałęzieniami objęły tak obszerny pas z południa na północ, że o umiejscowieniu na takiej przestrzeni epidemii nie może być nawet mowy, zwłaszcza, że prawie cały ten obszerny pas zajmuje ludność przeważnie o bardzo nizkim poziomie umysłowym, że szybkiej asanacyi stawiają nieprzepartą przeszkodę stosunki klimatyczne z dużemi krańcowemi różnicami temperatury, etnograficzne, płaszczyzny, brak wód źródlanych, brak roślinności, duże przestrzenie stepowe, masa religijnych obrzędów z dużym pierwiastkiem fatalistycznym, pielgrzymki i t. d. Wszystko to bardzo utrudnia prawidłową walkę. Co jest najdziwniejszą sprawą, niektóre miasta południowe w Rossyi z samorządem miejskim, gdzie większość ojców miasta składa się z mahometan i bogatszych kupców—laików, są usposobieni bardzo nieżyczliwie dla hygieny i środków zapobiegawczych. Daje się na połu-

*) Wiestn. Obszcz. Gig. 1905, luty str. 203.
**) Berliner Klin. Wochenschrift 1905. № 2 str. 27.

dniu Rossyi spostrzegać w wielu miejscowościach niejednolitość środków obrony —wiele ziemstw stawia sprawy sanitarne na czele wszelkich spraw miejscowych, inne znów, zwłaszcza niektóre samorządne miasta, wyrokują o najzdrowotniejszych sprawach ochrony zdrowia w sposób, w jaki mogą prowadzić je jedynie niewykształceni ludzie; zwłaszcza źle w tych miejscowościach była zorganizowaną pomoc lekarska, izolacya chorych i brak karet transportowych, takich, ktore by łatwo można było dezynfekować. Z nielicznymi wyjątkami, gdzie lepiej i subtelniej przeprowadzono środki profilaktyczne, wogóle cała walka z cholerą w większości miejscowości ograniczała się do następujących punktów: zawiadamianie urzędów o wypadkach podejrzanych, umieszczanie chorych w barakach, niszczenie wydzielin, badanie wody do picia, oczyszczanie studzien i zamykanie studzien zakażonych. Ale i te sposoby nie wszędzie wypełniano odpowiednio wskutek wymienionych przyczyn i niedbałości organów wykonawczych.*)

Jeszcze jedna przyczyna pozwala wnioskować, że cholera będzie do nas zawleczona: oto dotychczas w poł. Rossyi wogóle odczuwać się dawał wielki brak lekarzów, obecnie jest ich tam jeszcze mniej, bo wielu wysłano na Daleki Wschód, a pozostali—w myśl znanych uchwał Zjazdu Pirogowskiego—nie chcą brać udziału w komisyach sanitarno—wykonawczych. Jeżeli trwać będą w tem przedsięwzięciu, lub jeżeli wypadki na dobie nie spowodują zmiany pierwotnej uchwały—jakież okropne może to pociągnąć za sobą następstwa! U nas również jest brak lekarzów.

Pragnąłbym niezmiernie omylić się: niestety jednak, trudno nie rabrać przekonania, że niedługo czekać będziemy na nieproszonego gościa i że w lecie roku bieżącego możemy w Królestwie spodziewać się cholery. Nastał więc najwyższy czas do rozpoczęcia racyonalnej z nią walki.**)

* * *

Sposoby umiejscowienia cholery i powstrzymanie jej od wtargnięcia do sąsiednich miejscowości, takie jakie były stosowane dawnymi czasy, zwłaszcza kordony, kwarantanny lądowe, oblewania podróżnych karbolem i. t. p., już zupełnie upadły, jako niemożebne do wykonania, wcale nie zapobiegające, lecz przeciwnie w wysokim stopniu szkodzące interesom ogółu i jednostek; zresztą, pieniążek srebrny —jak już opisywano nieraz—zwykle rozluźniał ogniwa kordonu i łagodził surowość oblewających karbolem sanitaryuszów w wagonach i na dworcach kolejowych. Międzynarodowy Zjazd w Dreźnie w r. 1893 odrzucił w walce z cholerą wszelkie niepotrzebne ograniczenia osób i przewozu towarów. Wnioski tego Zjazdu były w zasadzie przyjęte przez Niemcy, Austro-Węgry, Wielkobrytanię, *Rossyę*, Francyę, Włochy, Szwajcarję, Niderlandy, Szwecyę, Norwegię, Danię, Belgię, Portugalię, Hiszpanię, Grecyę, Turcyę, Serbię, Rumunię, Czarnogórze, Luxenburg i in. *Międzynarodowe* środki walki, uchwalone przez ten kongres, można zestawić w następ. 5 tezach:

1) Każde państwo obowiązane jest przez akredytowanych przedstawicieli podać do wiadomości innych o wybuchu epidemii w państwie z oznaczeniem miejscowości.

2) Od przywozu z zarażonych miejscowości mogą jedynie być wykluczone bielizna, szmaty i odpadki.

3) Bezwarunkowo powinny podlegać dezynfekcyi: we wszelkich wypadkach brudna bielizna, stare i znoszone ubranie, rzeczy i różne rupiecie z mieszkań, jeżeli takowe pochodzą z dotkniętego cholerą okręgu.

4) Wszelkie kwarantanny należy znieść zupełnie; tylko chorzy na cholerę lub podejrzani co do cholery mogą być zatrzymani na miejscu; co zaś do podróżnych, to jeżeli pochodzą z zarażonych miejsc, należy ich poddawać 5-dniowej lekarskiej obserwacyi po przybyciu ich na miejsce, do celu podróży.

5) Zabezpieczenie okrętów, o czem jednak tu tylko wspomnę.

Środki ochronne w Niemczech*) głównie polegają na bakteryologicznej dya-

*) Martin Hahn. Berlin. klin. Wochensch. 1905 № 2, str. 27.

**) Szczegółowe epidemiologiczne dane co do 5 poprzednich epidemii można znaleść w wielu wyczerpujących opisach, zwłaszcza podręczniku W. Kolle i A. Wassermann'a (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 1903, tom 3-ci, str. 53). Epidemie cholery u nas w Królestwie wyczerpująco traktują roczniki „Zdrowia" i pism lekarskich, praca J. Polaka oraz zbiorowa monografia, którą wydali d-rzy Dzierżawski, Hewelke, Janowski i J. Zawadzki.

*) Por. W. Kolle. Handbuch (jak wyżej), str. 31 i 65, oraz Encyklopädie der Hygiene 1905 t. I, str. 186.

gnozie cholery, co jest podstawą zabiegów profilaktycznych.

Bakteryologiczne instytuty muszą mieć dobrze wyuczony personel lekarski; badania wydzielin, wody i t. d. odbywają się w każdej chwili dnia i nocy. Równocześnie jest surowo przestrzegane przez lekarzów i ludność zawiadamianie urzędów centralnych o każdym podejrzanym przypadku. Do ukończenia bakteryologicznej analizy, co może przeciętnie trwać od 16 do 24 godzin, każdy podejrzany wypadek jest traktowany, jako rzeczywista cholera. Jeżeli bakt. analiza potwierdziła takie rozpoznanie, chory natychmiast musi być odosobniony w szpitalu, jego otoczenie znajdować się pod obserwacyą lekarską w ciągu 5 dni, a pokój, gdzie przebywał, jak i cały lokal podlega umiejętnej i sumiennej dezynfekcyi przez dobrze wyszkolony personel sanitarny. Biedni mieszkańcy na czas dezynfekcyi ich lokali umieszczani są w specyalnych na ten cel domach. Uwalnianie zdrowieńców ze szpitali, a izolowanych mieszkańców z domów izolacyjnych, może nastąpić nie po jakimś z góry określonym terminie kwarantannowym, lecz dopiero wtedy, gdy trzykrotne co 2-gi dzień bakteryologiczne badanie upewni, że w kale tych osób niema już wibrionów swoistych. Dalej, Niemcy urządzają t. zw. stacye obserwacyjne w okolicy rzek i kanałów spławnych, zwracają pilną uwagę na badanie wody studziennej i filtrów wodociągowych, na sposób grzebania zmarłych, popularyzują w świetnie zorganizowany i systematyczny sposób wśród mieszkańców istotę cholery, przyczyny i środki zapobiegawcze, nigdy nie utrudniając, ani nie ograniczając podróżnych, ani przewozu towarów, wreszcie w ostatnich latach zalecają szczepić, przynajmniej otoczeniu chorych, lekarzom i pielęgarkom wakcyny antycholeryczne.

Szybkie, dokładne i pewne bakteryologiczne rozpoznanie swoistych bodźców cholery —to zasadniczy warunek wszelkich środków zapobiegawczych, a ma na celu szybko i pewnie rozpoznać pierwszy lub pierwsze przypadki choroby, aby szybko je umiejscowić, rozpoznać bakterye swoiste w dejektach osób zdrowych, aby te osoby odosobnić, a wydzieliny unieszkodliwić, dalej określić czas uwolnienia badanych osób z pod obserwacyi lekarskiej, wreszcie systematyczne badanie wód studziennej i filtrowanej wodociągowej ma na celu zapewnić mieszkańcom zdatną do picia wodę i zapobiedz dość wcześnie najczęstszej przyczynie pandemii. Zachodzi więc dalej kwestya pierwszorzędnej doniosłości, w jaki sposób i kto ma przeprowadzać tego rodzaju badania w dużych miastach, a kto w miasteczkach, osadach i po wsiach; ale przed jej rozstrzygnięciem przedewszystkiem muszę choć kilka słów poświęcić samemu badaniu.

Badania laboratoryjne polegają na szczepieniu danego materyału (kału, wody) w roztworach peptonowych w kropli wiszącej, probówkach i kolbkach; w cieplarce przy 37°C. w tych roztworach wibriony mnożą się nadzwyczajnie szybko w powierzchownych warstwach, skąd uszkiem platynowem przenosi się do świeżego roztworu peptonu: po 2 lub 3-krotnem przeniesieniu małej cząstki warstwy powierzchownej, otrzymujemy po kilkunastu godzinach czystą hodowlę prątków cholerycznych. Prócz tego, ze śluzowych części kału wykonywa się preparaty drobnowidzowe, szczepi się w płytkach żelatynowych i agarowych. Po wyosobnieniu podejrzanych prątków w czystej hodowli, badamy je— prócz wszystkich podręcznikowych znanych sposobów—głównie w 2 kierunkach: na własności aglutynacyjne i na objaw Pfeiffera.

Jak wiadomo, istnieje dużo zbliżonych do cholery wibrjonów—vibrio Metschnikovii, Finkler-Priori, phosphorescens, dalej v. Iwanoff, Berolinensis, nasalis Weibela, septicus, Massahua, Gihnda, danubicus, aquatilis, Bonhoff; prócz tego, 21 odmian różnych wibrionów wykryli Gotschlich, Ketsch, Kolle, Lentz, i Otto*) u chorych na cholerę współrzędnie z rzeczywistemi jej bodźcami podczas epidemii w Aleksandryi, u podejrzanych chorych, a nawet u osób zdrowych. Wogóle dzięki rozwojowi ścisłych metod badania stwierdzono, że podobne do cholerycznych „przecinki" w kale ludzi zdrowych i w wodach zdarzają się znacznie częściej, aniżeli ogólnie przyjęto. Metodą peptonową, t. zw. „Vorkultur", można z łatwością wykryć i wyosobnić je z badanego materyału; reakcya nitrozo-indolowa nie jest swoistą dla cholery, bo i powyżej wymienione wibriony wykazują ją: jest to raczej odczyn grupowy. Odróżnianie za pomocą reakcyi hemolizynowej osłabło znacznie w ostatnich czasach**). Najważniejszą więc cechą różniczkowania rzeczywistych wibrionów cholery od wielu innych jest badanie wyosobnionych wibrio-

*) Deut. Medic. Wochenschr. 1903. №30, str. 129.
**) Meinicke. Deut. Medic. Wochensch. 1904 № 23 str. 833

nów na własności aglutynacyjne i na zjawisko Pfeiffera—z jednej strony, serodyagnostyka z drugiej.

1) *Własności aglutynacyjne* wyosobnionych bakteryi w czystej kulturze bada się z pomocą wysokowartościowej surowicy swoistej makroskopowo i drobnowidzowo, w dużych rozcieńczeniach—znacznie wyższych, niż przy badaniu laseczników duru brzusznego; należy mieć na uwadze, że swoiste, a jeszcze więcej nieswoiste wibriony mają skłonność do grupowania się w bulionie i peptonie; prócz jakościowych prób, wykonywa się i ilościowe określanie aglutynacyi w rozcieńczeniach od 1:50 do 1:2000 conajmniej, a to dlatego, że w małych rozcieńczeniach, naprz. na 50, prócz prątków swoistych, normalna surowica kozia skupia też vibrio Finkler-Priora, Miecznikowa, Deneke i in. Dla kontroli badać zawsze należy: a) badaną kulturę z normalną analogiczną surowicą w 10-krotnie silniejszej koncentracyi, b) badaną kulturę z płynem, służącym do rozcieńczania i c) pewną hodowlę choleryczną z surowicą swoistą.

2) Do wywołania *objawu Pfeiffera* używa się surowicy wysokowartościowej, której 0.0002 grm. wystarcza, aby przy wprowadzeniu równoczesnem 1 uszka (1 norm. uszko=2 mg.) 18-godzinnej hodowli agarowej o pewnej stałej i określonej zjadliwości z 1 ctm. sz. buljonu—do peritoneum morskiej świnki — wszystkie bakterye choleryczne w ciągu 20 do 40 minut rozpadły się na ziarnka i twory kuliste, tj. używa się surowicy, której miano (titr) odpowiada 0.0002 grm. Z surowicy otrzymujemy rozcieńczenia 1:10, na 100, na 1000 i t. d., ilość wziętej 18-godzinnej hodowli wynosi stale jedno uszko, a więc dziesięciokrotnie śmiertelną dawkę, zmięszaną z 1 ctm. sześć. bulionu (nie peptonu i nie roztworu soli). Mieszaninę wprowadza się tępą igłą 2 morświnkom: pierwszej—1 ctm. sześć. rozcieńczenia 1:100 (tj. 10 mg. serum), drugiej 1 ctm. sz. rozcieńczenia 1:1000 (tj. 1 mg. serum), a trzecia i czwarta służą dla kontroli (tj. 3-cia dostaje 10 mg. normalnej homologicznej surowicy, a 4-ta—$^1/_4$ uszka hodowli bez surowicy). Po 20 i 40 minutach zapomocą szklanych naczyń włoskowatych systemu Pasteura lub Issajewa wyciągamy cokolwiek wysięku z otrzewny i jedną kropelkę tego wysięku badamy w wiszącej kropli. 10 mg. surowicy zwykle wystarcza, by wszystkie przecinki choleryczne zamienić na ziarna. Po 20, najdalej 40 minutach, rozpoznanie jest już stwierdzonem: jeżeli wyosobniona badana hodowla podejrzanych wibrionów—czy to pochodząca od chorego, czy też z wody—przedstawia rzeczywiste prątki choleryczne, to wszystkie zmienione zostały na ziarnka i kulki u tego zwierzęcia, któremu wprowadziliśmy ją razem z surowicą swoistą wysokowartościową, a u zwierzęcia kontrolowego wibriony nie tylko nie rozpadły się, lecz przeciwnie rozmnożyły się. Nie będę wykraczał tu poza zamierzone ramy mojej pracy przytaczaniem ścisłych danych metodyki, ani też różnych teoryi, objaśniających ten fenomen Pfeiffera, jak naprz. plazmoliza i plazmoptyza F i s c h e r a,*) fiksatory B o r d e t a, makro-i mikrocytazy i stymuliny M i e c z n i k o w a**), substancye bakteriotropowe N e u f e l d a i T ö p f e r a***) i t. d.

3) *Serodyagnostyka*. Jak wiadomo, surowica krwi chorych na cholerę zarówno jak i zwierząt uodpornionych posiada zdolność skupiania w grudki czyli aglutynowania prątków cholerycznych; szczegóły można znaleźć w wyczerpującej „Serodyagnostyce“ kol. Karwackiego (1904, str. 154—157); sądzę jednak, że, prócz wskazanych, należy też wykonywać znacznie większe rozcieńczenia, do 2 nawet do 5 tysięcy. W pracowniach można też przytem wykonywać zmieniony fenomen Pfeiffera, biorąc surowicę krwi podejrzanego chorego i wiadomą pewną hodowlę przecinków cholerycznych.

Szczegóły tych i innych metod bakteryologicznych, jak i wyniki osobistych moich badań nad różniczkowaniem biologicznem i morfologicznem prątków cholerycznych od zbliżonych wibrionów, różnice, zachodzące między 10 rasami rzeczywistych prątków cholery, otrzymanych z Baku, Persyi, Resztu, Elizawetpola, Tyflisu i t. d., i jednej rasy, wyosobnionej przezemnie na południu Rossyi od chorego na cholerę podczas obecnej epidemii, dalej sposoby ujednostajnienia mleka, jako podłoża dla bakteryi wogóle, cholerycznych w szczególności—tym danym poświęcę specyalną pracę. Tu tylko chciałbym zaznaczyć, że dla Sz. Kolegów, interesujących się temi sprawami najchętniej oddam do rozporządzenia swoją pracownię i, prócz tego, kolegom, którzyby chcieli u siebie dokonywać badań, mogę

*) Zeitschr. f. Hygiene. 1900, XXXV, str. 1. Porównaj: Serkowski. O kryoskopii, 1901.

**) Niewospriimcziwość w infekcionnych boliezniach. 1903, str. 230 etc.

***) Centr. f. Bakteriol. 1905. Orig. № 4 str. 456.

służyć 11-ma szczepami wibrionów cholerycznych i 3-ma zbliżonych, wyosobnionych w różnych miejscowościach podczas obecnej epidemii, następnie 9 szczepami rzeczywistych prątków z poprzednich epidemij i 9 rasami wibrionów Millera, Massauha, Miecznikowa, Finkler-Priora i Deneke, otrzymanych z różnych źródeł.

*
* *

Przytoczywszy powyżej bardzo pobieżnie ważniejsze sposoby badania laboratoryjnego, polegające na wyosobnieniu bakteryi, różniczkowaniu ich za pomocą hodowli, własności aglutynacyjnych i objawu Pfeiffera, a także na serodyagnostyce podejrzanych co do cholery przypadków, niezbędnie też zwrócić musimy uwagę na umiejętny sposób zbierania, opakowania i przesyłania materyału do badania.

Wydzieliny chorych zbiera się w ilości około 50 ctm. sześc. bez dodatku wszelkich środków antyseptycznych, albo conajwyżej z przegotowaną wodą; jeżeli wydzieliny przesyła się z dalszych stron, to trzeba odrazu na miejscu wybrać z kału kilka śluzowych kłaczków, rozdrobnić je ostrzem skalpelu, rozetrzeć na szkiełkach przedmiotowych, które muszą wyschnąć dobrze na powietrzu (preparat do góry); nakoniec byłoby też pożądanem, aby odrazu na miejscu przenieść część zawartości kiszkowej do 3 probówek ze skośnym agarem, za pomocą igły platynowej, przenosząc materyał do jednej probówki, z tej do drugiej, z drugiej do trzeciej. Wogóle więc przesyłać należy do badania kał, preparaty i (o ile to możliwe) materyał na powierzchni agaru.

Bielizna. Kawałki bielizny, świeżo zanieczyszczonej wydzielinami chorych, przygotowuje się w taki sam sposób do wysłania, jak i kał, tj. prócz samej bielizny, preparaty i rurki agarowe.

Krew zbiera się od chorych w ilości 3 ctm. sześć. z żyły przedramienia albo z pomocą jałowej bańki i przesyła w jałowej, zatopionej probówce; z dalszych stron przesyłając, można dodawać 0.5% fenolu.

Materyał z trupów. Sekcyę należy wykonać jak można najprędzej po śmierci, otworzyć jamę brzuszną i wyciąć w trzech miejscach odcinki cienkich kiszek po 15 ctm. długości, każdy przewiązany poprzednio w biegunowych swych częściach, a mianowicie ze środkowych odcinków ilei, drugi—na 2 metry powyżej, a trzeci bezpośrednio powyżej zastawki okrężnicy (valv. ileo-coecal.); zwłaszcza koniecznym jest do zbadania ten ostatni odcinek kiszek.

Naczynia. Najlepiej umieszczać materyał przeznaczony do badania w szerokich szklanych naczyniach o grubych ściankach i doszlifowanym korku; w braku takich naczyń wystarczą i zwyczajne szklane słoje z dobrze dopasowanym i wygotowanym korkiem. Naczynia przed użyciem muszą być świeżo wygotowane, bez dodatku jednak środków antyseptycznych. Po przykryciu i opakowaniu papierem pergaminowym, trzeba na etykietce wyraźnie napisać, od kogo materyał pochodzi, datę i godzinę zebrania go, i mocno przewiązać.

Opakowanie i wysłanie. W jednem opakowaniu powinien znajdować się materyał do badania tylko od jednego chorego, resp. trupa. Na osobnej kartce zaznacza się zawartość przesyłki, nazwisko, wiek, płeć chorego, resp. trupa, dzień i miejsce zachorowania, pochodzenie, skąd dany osobnik przed chorobą przybył, czas zbierania materyału. Do opakowania mogą służyć tylko trwałe i mocne skrzynki (nie od cygar, ani papierosów), a w nich szklane naczynia dobrze w opiłkach drzewnych, sianie lub wacie umocowane nieruchomo. Całą skrzynkę należy osznurować, opieczętować, prócz adresu, napisać „Ostrożnie"; a wysyłając ją pocztą, zawiadomić telegraficznie pracownię na miejscu przeznaczenia. Opakowanie i przesyłkę należy załatwić jaknajprędzej, nie tracąc czasu.

Powyższe dane są czerpane z rozporządzeń, istniejących w Niemczech, wydanych 6 listopada 1902 roku; takież same istnieją rozporządzenia w Rossyi (cyrk. Rady Lekarskiej 7 grudnia 1904 roku, № 678).

O ile badania w pracowniach doprowadzone są w ostatnich czasach do pożądanej ścisłości i szybkości przez zastosowanie znakomitej metody peptonowej wyosobniania prątków cholerycznych, odczynu Pfeiffera in vivo i aglutynacyi in vitro, o tyle znów nastręczają się trudności przy badaniach praktycznych, możliwych do zastosowania w miasteczkach i na wsiach bez odnośnych pracowni i głównie bez dostatecznego i przygotowanego personelu lekarskiego, a w obecnych czasach w wielu miejscowościach, zupełnie pozbawionych opieki lekarskiej—bez lekarzów. Bardzo wątpię, czy lekarze w miasteczkach i osadach—bez dodania im pomocników—będą w stanie przy wszystkich innych swoich zajęciach zorganizować *punkty obserwacyjne*, obejmujące każdy pewien większy obszar, i w tych punk-

tach czy stacyach obserwacyjnych zorganizować sami i wykonać sami—bez pomocników—wszystkie potrójne zadania takiego punktu, tj. obserwacyjne, zapobiegawcze i lecznicze; do czynności obserwacyjnych należy zaliczyć wykonywanie podręcznych badań, więc serodyagnostycznych z odczynnikiem kol. Karwackiego, drobnowidzowych i koniecznie też wykonywania metody peptonowej. Do czynności zapobiegawczych—więc wzmocnionego nadzoru nad stanem sanitarnym miast, osad i wsi, badania wód, kontroli ścieków (zwłaszcza z domów i pralni), produktów spożywczych, organizacyi tanich obiadów, przeciwdziałania nędzy; wreszcie do organizacyi pomocy lekarskiej przed wybuchem i podczas epidemii cholery, i wykonywania dezynfekcyi nie tylko nie wystarczy, oczywiście, jeden lekarz miejscowy, ale koniecznie należałoby, aby każdy taki punkt obserwacyjny w małych miasteczkach składał się przynajmniej z 2 lekarzów, z 4 studentów i kilku sanitaryuszów i aby do komisyi sanitarnych miejscowych byli powołani przedstawiciele różnych warstw społecznych, cieszący się zaufaniem współobywateli. W większych miastach należałoby odpowiednio zwiększyć ten personel. Wogóle więc sądzę, że pomoc lekarska na prowincyi niepowinna się ograniczać na zwiększeniu pracy i na obarczeniu nią zamieszkałych w miasteczkach i osadach lekarzów, ale na ułatwieniu im tej pracy przez dodanie im pomocników i na prawidłowem zorganizowaniu w jak najliczniejszych miejscach *punktów obserwacyjnych* o powyżej wskazanem potrójnem zadaniu.

Gdyby utworzenie takich stacyi natrafiało na przeszkody nie do przebycia, w takim razie, a także nawet niezależnie od utworzonej pomocy lekarskiej, niezbędną jest rzeczą—równocześnie z powołaniem jaknajwiększej liczby lekarzów i studentów do obrony zagrożonych pod względem cholery miejscowości—zorganizować przynajmniej *kilka ruchomych oddziałów bakteryologicznych* w celu przeprowadzania odnośnych badań lege artis na miejscu. Gdzie znów byłoby niemożliwem sprowadzenie ruchomego oddziału, tam przynajmniej poprzestać na szybkiem *przesyłaniu* w wątpliwych wypadkach *podejrzanego materyału* do pracowni w Warszawie lub Łodzi. Te pobieżne uwagi mają na celu głównie uwzględnić i wprowadzić w czyn pierwszy i zasadniczy postulat obecnej hygieny—wykonanie szybkie i pewne bakteryologicznego rozpoznania cholery. Nie potrzebuję chyba nadmieniać, że bakteryologiczne analizy wydzielin podejrzanych chorych powinny odbywać się bezpłatnie; bezpłatnie mają być dokonywane w Łodzi bakteryologiczne analizy wydzielin (na koszt miejski).

Nie mogąc, z powodu krótkości przeznaczonego mi czasu, bardziej szczegółowo omawiać każdy z poszczególnych środków zapobiegawczych, wyliczam je tylko poniżej:

1) Szeroko zorganizowana pomoc lekarska i powołanie do komitetów sanitarnych przedstawicieli różnych warstw społecznych i osób, cieszących się zaufaniem współmieszkańców, prócz powołania przedstawicieli towarzystw lekarskich. Obrady i czynności komisyi powinny być jawne.

2) Organizacya punktów obserwacyjnych.

3) Zawiadamianie komitetów sanitarnych przez lekarzów o każdym podejrzanym chorym.

4) Bakteryologiczne badanie bezpłatne wydzielin chorych i ich otoczenia.

5) Organizacya ruchomych oddziałów bakteryologicznych oraz sposób przesyłania materyałów podejrzanych od chorych i trupów, wody i t. d. do pracowni większych.

6) Urządzenie szpitali i baraków dla chorych, skąd zdrowieńcy mogą być wypuszczeni dopiero wtedy, gdy kilkakrotne badania bakteryologiczne stwierdzą nieobecność zarazków swoistych w ich wydzielinach, i skąd trupy powinny być odpowiednio bezpiecznie przenoszone i grzebane w miejscach odpowiednich w ten sposób, by nie mogły być nowym rozsadnikiem zarazy.

7) Izolacya otoczenia chorych w lokalach izolacyjnych, skąd odosobnieni mogą być wypuszczani dopiero wtedy, gdy kilkakrotne badania stwierdzą nieobecność zarazków swoistych w wydzielinach tych osób; w domach izolacyjnych osobny personel i dezynfekcya wydzielin ludzi „zdrowych".

8) Bezpłatna dezynfekcya mieszkań, skąd chorzy zostali przeniesieni do baraków lub szpitali, a zdrowi do domów izolacyjnych; oczywiście ze zwrotem wartości za uszkodzone lub zniszczone przedmioty.

9) Uporządkowanie asenizacyi i studzien przynajmniej w ten sposób, aby nieczystości były przed wywożeniem dezynfekowane prawidłowo i w takim dopiero stanie wywożone w hermetycznych beczkach na dostatecznie odległe i bezpieczne



ROSYA
Podziałka 1: 13,750,000.
Kilometry
Mile geogr.
Wiorsty ros.
Miasta gubernskie podkreślone
MORZE CZARNE
MORZE KASPIJSKIE
Morze azowskie
MOSKWA
WARSZAWA
ODESA
Cherson
Krym
Kijow
Kursk
Charkow
Astrachan
Samara
Kazan
Tobolsk
KONSTANTYNOPOL
ADRYANOPOL
BUKARESZT
Ust Urt
Turkmenowie
Kara Bogas
Derbent
Petrowsk
Lenkoran
Astara
Balfurusz
Asterabad
Trapezunt
Batum
Synope
Jezioro uralskie
BAŁTYK
Zatoka Fińska
Carycyn
Saratow
Symbirsk
Penza
Tambow
Orel
Smolensk
Wilno
Mińsk
Grodno
Ryga
Kurlandya
Inflanty
Estonia
Twer
Jarosław
Rostow
Kostroma
Wołogda
Niżni Nowgorod
Riazań
Tuła
Kaługa
Woroneż
Berdyczów
Czerkasy
Humań
Ural
Gurjew
Nikołajewsk
Kurak
Armenia
Marmora
Tulcza
Warna
Burgas
Jekaterynosław
Jekaterynodar
Sewastopol
Symferopol
Bałakława
Jałta
Perekop
Taganrog

miejsca, przyczem należy zwrócić uwagę na poziom ziemi i kierunek wód zaskórnych. Zwracanie uwagi, aby defekacya odbywała się tylko w klozetach, a nie na podwórzach i przypadkowych miejscach. Uporządkowanie studzien wymaga prawidłowego zbadania tych wód, usunięcia przyczyn zanieczyszczeń, oczyszczania, pogłębiania i cementowania studzien, podniesienia poziomu ziemi naokoło górnego wylotu studni, który musi być zabezpieczony od następnych zanieczyszczeń przez dokładne wzniesienie, przykrycie, odgrodzenie i odsunięcie postoju zwierząt, koryt dla bydła i t. p. Tam gdzie są wodociągi, niesłychanie czujna kontrola nad działaniem filtrów i zdrowiem pracujących.

10) Karetki, wozy transportowe czy lektyki do przewożenia lub przenoszenia chorych powinny być prostej konstrukcyi, łatwe do dezynfekcyi.

11) W miastach większych jako samodzielne instytucye, a w mniejszych przy punktach obserwacyjnych—należy zawczasu przygotować kamery dezynfekcyjne i wyćwiczony odpowiednio personel do nich; gdzienie można urządzać dla braku środków drogich kamer, tam domowym sposobem skonstruować samemu kamerę z beczki i dużego samowaru lub kotła z dopływem pary do beczki, która może odgrywać doskonale rolę kamery.

12) Przy pomocy komitetów sanitarno-obywatelskich i popularyzacyi, a gdzie to nie pomoże—to choćby z pomocą 102 § praw, dążyć do uporządkowania krzyczących spraw miejskich, usunięcia brudów, śmieci, śmietników, kałuż, zlewu nieczystości i ścieków (zwłaszcza z pralni) do rynsztoków, usunięcia z restauracyi i sklepów spożywczych brudnego lodu z glinianek i ścieków i t. d.

13) Peryodyczna i prawidłowa dezynfekcya wagonów i omnibusów, niezależnie od tego, czy wykryto w nich podejrzanych chorych, czy nie.

14) Wzmocniona działalność towarzystw filantropijnych, przeciwdziałanie nędzy, organizacya robót publicznych, w zastosowaniu do uzdrowotnienia danej miejscowości, urządzanie herbaciarni, domów noclegowych i zarobkowych, tanich mieszkań, bezpłatnej pomocy lekarskiej i t. d. w najszerszym zakresie.

15) Dostarczanie w miejscach publicznych, wagonach, dworcach i t. d. dobrej, przegotowanej wody i czystych do tego naczyń—wbrew obecnym zwyczajom.

16) Wzmożona kontrola sanitarna nad miejscami publicznemi (dworce, teatry, jarmarki, rynki) pod względem ogólnej czystości i zwłaszcza produktów spożywczych i prawidłowej asenizacyi ustępów—wbrew obecnym zwyczajom; kontrola nad miejscami kąpielowemi; osuszanie i oczyszczanie terenu, zamieszkiwanego przez ludność.

17) Nie ograniczać ani zebrań, teatrów etc., ani przejazdu podróżnych, ani przewozu towarów.

18) Popularyzacya w najszerszem znaczeniu, racyonalna, tj., aby prócz wskazówek o czystości podawane były zgodne z potrzebą i rzeczywistością dane co do potrzeby skrupulatnego wypełnienia wszelkich zarządzeń sanitarnych ogólnych i indywidualnych z podaniem prawidłowych sposobów odkażania wydzielin i bielizny (nie zapomocą sublimatu lub karbolu!). Popularyzacya powinna też zwalczać zabobony i przesądy, i zwracać uwagę na pomijane zwykle w tego rodzaju broszurach szczegóły, naprz. o potrzebie mycia rąk po defekacyi, o konieczności defekacyi choćby w najpierwotniejszych klozetach, a nie na otwartych przestrzeniach i t. d.

19) Szczepienia ochronne przynajmniej otoczeniu chorych, personelowi lekarskiemu i sanitaryuszom. Pożądane są zbiorowe ogólne szczepienia całej ludności; ponieważ nie można liczyć na zgodę co do szczepienia całej ludności, więc jaknajszersze wykonywanie szczepień niepowinno osłabiać i innej działalności, zawartej w poprzednich punktach.

Co się tyczy szczepień ochronnych, to tej nowej sprawie udzielić trzeba nieco więcej objaśnień.

Jak wiadomo, jad, zawarty w prątkach cholerycznych, tak jak i w durowych, należy do grupy t. zw. *endotoksyn*; ten zgubny swoisty jad zawiera się w samej substancyi ciał wibrionów. R. Pfeiffer*) udowodnił, że ten jad nie jest produktem sekrecyi wibrionów, lecz znajduje się wewnątrz nich, ściśle związany z istotą wibrionów (endotoksyny) i opuszcza je tylko wtedy, jeżeli komórki giną. Tem się też objaśnia stosunkowo mniejsza zjadliwość przesączonych uwolnionych od bakteryi bulionowych hodowli, aniżeli takichże hodowli po ich ogrzewaniu; przesączana ogrzewana hodowla jest zjadliwsza od nieogrzewanej. Wewnątrzkomórkowy jad przez zniszczenie ciał bakteryi staje się wolnym i wchłanialnym.

*) Unters. üb. d. Choleragift. Zeitschrift f. Higiene 1892. XI, str. 393.

Ta *pierwotna*, silnie zjadliwa, substancya przez ogrzewanie może być zmieniona w tak zw. jad *wtórny* o zbliżonem, ale 20-krotnie słabszem działaniu.

W ostatnich czasach otrzymana jest czynna odporność przeciwko cholerze różnymi sposobami; zwłaszcza dzięki pracom Hawkina, Aschera, Kolle, Martensa, Fridbergera, Nussera, Bertarelli i in., doprowadzono przygotowanie wakcyn do nowych modyfikacyi i udoskonaleń. Gdy w r. 1883 Robert Koch wykrył w Egipcie prątki choleryczne, Ferran zaraz w następnym zaczął uodporniać morświnki i następnie uodpornił 40 tysięcy ludzi podczas epidemii cholery w Hiszpanii. Po 10-letniej przerwie Hawkin znów podniósł sprawę i zastosował immunizacyę w Indyach na szeroką skalę. Wiadomo z wielu prac, że w surowicy uodpornionych zwierząt i ludzi, którzy przebyli cholerę, znajdują się substancye bakterycydne, zabezpieczające inne szczepione zwierzęta i ludzi od cholery. Ściśle dozując ilość takiej bakteryobójczej surowicy, zabezpieczającej zwierzę od zakażenia, możemy zawsze obliczyć siłę, czyli miano (titr) surowicy. Podług doświadczeń Kolle'go, u ludzi przed szczepieniem miano surowicy było u 14 uodpornionych żywemi lub zabitemi hodowlami 0,6 ctm. sześć., a po 5-u dniach tylko 0,003 ctm. sześć, (t. j. taka ilość surowicy zabezpiecza świnkę od śmiertelnej dawki cholery); te substancye zjawiają się po 5 dniach po szczepieniu i trwają w krwi około roku. U ludzi, którzy przebyli cholerę, siła surowicy nigdy nie przekracza 0,01 ctm. sześć., czyli przy sztucznem uodpornianiu za pomocą zabitych hodowli, surowica zawiera nawet więcej bakteryobójczych substancyi od surowicy osób, które przebyły cholerę.

Metoda Hawkina polega na tem, że wprowadza się do ustroju wakcyny różnej siły: pierwsza, słabsza, przedstawia żywą hodowlę prątków cholerycznych, która wyrosła przy 39° C. w atmosferze tlenu i następnie w ciągu 3 dni była wielokrotnie przeszczepiana na nowe podłoża; druga wakcyna jest to silnie zjadliwa hodowla cholery, wielokrotnie przeprowadzo na przez ustrój zwierzęcy. Druga wprowadza się pod skórę w 5 dni po pierwszej, a ilość pierwszej, jak i drugiej wakcyny wynosi od $^1/_{100}$ do $^1/_{10}$ hodowli agarowej —zależnie od wieku szczepionych; maksym. doza=$^1/_6$ do $^1/_4$ hodowli agarowej. Wypróbowawszy te wakcyny na zwierzętach, późniçj na sobie i kolegach, Hawkin następnie wykonał 42 tysiące szczepień w Indjach, a z tej liczby $^2/_3$ powtórnie, ogółem więc 70,000. Rezultat szczepień pod każdym względem pomyślny; reakcya niezbyt silna (miejscowe obrzmienie, t° niewyżej 38,5° C). Szczepienia podskórne są z tego powodu nieszkodliwe, że żywe prątki choleryczne pod skórą szybko giną; trwałość odporności = około roku.

Metoda Kolle polega na tem, że—zamiast żywych—wprowadza się jednorazowo zabite hodowle agarowe przy 56° C.; dawniej opisywał Kolle, że hodowle agarowe zabite skłóca się z fizyologicznym roztworem soli (2 mgr. na 1 ctm.³ soli); podług zaś otrzymanego przezemnie listu od Kolle'go w tej sprawie, zmienił on obecnie metodykę w taki sposób, iż powierzchnia hodowli agarowej, obliczona na 10 uszek, zmywa się 0,85% roztworu soli, następnie ogrzewa tę zawiesinę w ciągu godziny przy 56° i dodaje 0,3% fenolu; zmiana polega na tem, że Kolle radzi, zamiast jednorazowo, szczepić dwukrotnie: 1-sza iniekcya 1 uszko (2 mgr. hodowli), druga iniekcya po 8-u dniach 3 uszka (t.j. 6 mgr. hodowli). Kolle zbadał działanie tych wakcyn na 15-u ludziach, a Murata*) w Japonii zaszczepił 77,907 i gdy śmiertelność ogólna podczas epidemii wynosiła tam 75% wśród 1152 osób nieszczepionych, które zachorowały na cholerę; z pośród szczepionych zachorowało tylko 47 osób, z tych 20 zmarło. Złatogorow**) w Persyi w Taurydzie, gdzie w roku zeszłym zachorowało 20 tysięcy ludzi a zmarło 15 tysięcy, zaszczepił metodą Kollego 1482 osób: szczepienia zmniejszyły śmiertelność 4 razy, a liczbę zachorowań 5 razy, prócz tego u chorych znacznie osłabiły przebieg choroby.

Wakcyny według Kolle'go, jak i Hawkina, wywołują nieznaczną miejscową reakcyę (ból w miejscach wkłucia, zaczerwienienie i obrzmienie), podniesienie się ciepłoty niewyżej 1° C. i ogólne przykre samopoczucie w ciągu 12 godzin po zaszczepieniu.

Metoda Neisser-Shiga (metoda wolnych receptorów). Pierwotne badanie Neissera i Shiga***) dotyczyły właściwie laseczników duru brzusznego i dyzenteryi. Ci badacze spostrzegli, że w wodnych emulsyach ogrzanych bakteryi—po odsączeniu tych ostatnich za pomocą filtru Reichela—można stwierdzić *wolne receptory*. W tym ce-

---

*) Centr. f. Bakter 1904, T. 35 Orig. № 5.
**) Wiestnik 1905, Marzec, str. 346.
***) Deutsche Med. Wochenschr. 1903, № 4, str. 61.

lu jednodniową hodowlę agarową przenosi się do 10 ctm. sześć. jałowego fizyologicznego NaCl, ogrzewa się w ciągu godziny przy 60° następnie dwa dni utrzymuje w cieplarce przy 37° i przesącza przez filtr Reichela. Przesączony płyn posiada własność wiązania aglutynin i cechy immunizacyjne; ten przesącz nie posiada własności trujących; królik znosi wewnątrzżylnie 10 ctm. sześć., poczem po drugiem zastrzyknięciu surowica daje miano 1:5000, a po trzeciem 1:20000. (Mianem czyli titrem dla bakteryolitycznej surowicy nazywaną jest ta najmniejsza doza surowicy, wystarczająca, aby zniweczyć działanie 1 uszka plat. silnie działającej 18-godzinnej hodowli prątków cholerycznych, t. j. takiej hodowli, której dosis letalis minima przy wprowadzeniu do otrzewny wynosi $^1/_{10}$ część uszka).

E. Bertarelli*) zastosował metodę Neissera-Shiga do uodpornienia człowieka i królika przeciwko cholerze.

Niedawno przygotowywałem wakcynę choleryczą typu Neisser-Shiga dwoma sposobami, według przepisu Bertarelli i zmodyfikowanego przez Instytut Bakteryologiczny w Charkowie. Do przygotowania wakcyn brałem nie jeden szczep prątków cholerycznych, lecz kilkanaście ras, wyosobnionych podczas obecnej epidemii cholery i zaszczepionych w szeregu matras. $^1/_2$% phenolum absol. dodawał się przed filtracyą, przeprowadzona była ścisła kontrola na morskich świnkach.

Metodą Kolle'go i wolnych receptorów miałem sposobność wakcynować 35 studentów, udających się do miejsc objętych cholerą, i badałem ściśle własności ich krwi przed szczepieniem i w 8 dni po drugiej wakcynacyi; otrzymałem wszędzie wyniki nadzwyczajnie dodatnie, bakteryobójcze własności krwi wzrastały bardzo znacznie i wyraźnie. Szczegóły wyłożę wkrótce osobno, w pracy poświęconej specyalnie bakteryologii cholery.

*Metoda Bezredki***). Bezredka badał doświadczalnie na zwierzętach nowy sposób szczepień ochronnych przeciwko dżumie, cholerze i durowi brzusznemu. Nowy sposób polegał na tem, że, chcąc połączyć zalety czynnej i biernej immunizacyi, Bezredka miesza hodowle bakteryi z surowicą ochronną, i preparuje z tej mieszaniny materyał do szczepienia. Jeżeli zmięszać hodowle z odpowiedniemi surowicami, to bakterye podlegają aglutynacyi i opadają na dno. W lejku rozdzielającym wyjałowionym oddziela się górną warstwę od osadu bakteryi, przemywa następnie jałowym fizjologicz. NaCl i centryfuguje. Taki materyał szczepienny, składający się z aglutynowanych ciał bakteryi razem z surowicą i dodatkiem fenolu, podlega ogrzewaniu w ciągu godziny do 60°. Po powtórnem wprowadzeniu wywołuje się szybką odporność w ciągu 24—48 godzin, a nieznaczną reakcyę po 3 godzinach.

Powyższe różne metody wakcynacyi, pomimo wielu doświadczeń i szczepień, mają niektóre ujemne strony, do których można zaliczyć niepewnośc co do czasu, jak długo trwa immunizacya, a co do wolnych receptorów typu Neisser-Shiga—potrzebę użycia do szczepień dużo materyału. Niektórzy autorzy czas trwania odporności oznaczają na rok, inni tylko na kilka miesięcy. W każdym bądź razie, otrzymane pomyślne wyniki, niezależnie ani co do czasu, miejsca, gdzie odbywały się szczepienia, ani nawet od metodyki—zalecają zastosować je przynajmniej wśród otoczenia chorych, personelu lekarskiego i sanitarnego. Jeżeliby można było zastosować na szerszą skalę wakcynacyę zapobiegawczą wśród ludności, to w każdym bądź razie powinna być wykonywana bezpłatnie.

Co się tyczy techniki, to szczepienia podskórne wykonywa się albo w plecy albo na lewej ręce w okolicy m. deltoidei, po uprzedniem wymyciu skóry mydłem zielonem, 3% karbolem, wyskokiem i eterem. Ostatni wacik z eterem pozostaje na miejscu, gdzie ma być ukłucie. Szpryce z azbestowym tłokiem, objętością 1 ctm.³ z kilku igłami cienkiemi, niezbyt długiemi, wygotowuje się w wodzie z sodą. Po wprowadzeniu wakcyny jednej osobie, odejmuje się igły ze szprycy pincetką i wrzuca do gorącego roztworu, nakłada się świeżą dla następnej osoby i t. d. Otwarte flaszeczki czy ampułki należy użyć odrazu, nie zostawiać na później. Miejsce ukłucia przykryć wacikiem, który szczepiony sam przytrzymuje w ciągu kilku minut. Szczepienia powinny się odbywać nie mniej jak dwa razy z przerwami 5-dniowemi, o ile reakcya już zniknęła. Niemożna szczepić dzieci do 2-ch lat, starców ponad 60, a także niemożna podczas epidemii szczepić takim osobom,

---

*) Deutsche Med. Wochenschr. 1904, № 33, str. 1195 i nast.

**) De l'immunisationactive contre la péste, le choléra et l'infection typhiqus. Annales de l'Institut Pasteur, 1902—grudzień.

które cierpią na rozstrój żołądka i kiszek; kobietom szczepi się o $^1/_4$ mniej niż mężczyznom, dzieciom stosownie do wieku $^1/_2$, $^1/_4$ ilości dla dorosłych; przy powtórnej zaś iniekcyi doza zwiększa się $1^1/_2$ raza. Te wakcyny, które przygotowuje Instytut Dośw. Medyc. i które nazywa „limfą", są to przygotowane podług starego sposobu Kolle'go zabite jednogodzinnem ogrzewaniem przy 60° prątki choleryczne z hodowli agarowych, skłócone w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; cena flakonu ó 10 ctm.[3] wynosi 1 rbl. Należy jednak mieć zawsze na uwadze, że różne rasy prątków cholerycznych wywołują niejednakową reakcyę i dla tego instytut, wyrabiający wakcynę, powinien oznaczać siłę bakteryolityczną i dawki na etykietach. Przy metodzie wolnych receptorów używa się więcej materyału, aniżeli przy innych.

Przytoczywszy powyżej bardzo pobieżnie wytyczne punkty zapobiegawczej walki z cholerą, stosowanej w Rosyi i Niemczech, i szereg środków, jakieby—mojem zdaniem—należało zastosować jaknajprędzej u nas, daleki jestem od przeświadczenia, że wyczerpałem temat, lub że wszelkie zalecane środki są możliwe wszędzie do wykonania. Przeciwnie, jestem przekonany, że wiele z nich natrafi na nieprzebyte przeszkody.

Upraszam więc Szanownych kolegów o wypowiedzenie swej opinii o każdym z poszczególnych punktów, gdyż tylko wspólnemi siłami możemy osłabić groźnego wroga, nadchodzącego z blizkiego wschodu.



Kilka uwag z powodu dalszych dwu przypadków zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego.

Podał Dr. Med. **A. Pański.**

W mej notatce, zawierającej opis dwu przypadków zapalenia opon nagminnego *) zwróciłem uwagę na prawdopodobieństwo powstania epidemii tego cierpienia. Nowe przypadki spostrzegane w Łodzi tę obawę poniekąd potwierdzają i upoważniają do zabrania po raz drugi głosu w tej kwestyi.

*) Czasopismo Lekarskie № 4. 1905 r.

Uwagi poprzedzę podaniem dwu skróconych historyi chorób:

Przypadek I. 22-letni robotnik przybył do szpitala fabrycznego, na oddział kolegi Littauera, w dniu 20 IV. b. r., skarżąc się na dreszcze, bóle głowy, wymioty. Dni następnych: gorączka, ból i sztywność karku, widzenie podwójne; w dalszym przebiegu stwierdzono neuritis optica obustronnie.

28. IV. badałem chorego dzięki uprzejmemu zezwoleniu kol. Littauera. Znalazłem: stan gorączkowy; od 8 dni dreszcze codziennie w godzinach południowych, wzniesienie gorączki do 39°, po 2—3 godzinach spadek temperatury do granic prawidłowych Tętno miarowe, wolne, około 70 uderzeń na minutę przy temperaturze—w chwili badania—38°.C. Przytomność zachowana. Wzrok dobry. Słuch nieco przytępiony. Na górnej wardze ślady wyprysku. Brzuch wklęsły. W pozycyi siedzącej utrzymać się niemoże z powodu wzmagających się bólów krzyża i głowy. Skurcz mięśni karku i grzbietu. Nieznaczne upośledzenie czucia bólowego na kończynach dolnych. Nieznaczne osłabienie ruchów czynnych w kończynach, silne wzmożenie odruchów ścięgnistych. Objawu Babińskiego brak.

Przypadek II. Dziecko 2 letnie zachorowało 18.IV: bóle głowy, wymioty, gorączka, drgawki toniczne i kloniczne, po których stwierdzono sztywność karku i utratę mowy. Widziałem dziecko 28.IV. Stan bezgorączkowy. Tętno drobne, bardzo szybkie (160). Dziecko leży główką wciśnięte w poduszki; nie mówi zupełnie, nie płacze, nie łyka pokarmów; nie widzi i nie słyszy. Wyraz twarzyczki cierpiący; nóżkami i rączkami wykonywa bezcelowe ruchy. Sztywność mięśni karku i kręgosłupa. Ślady przyschniętego wyprysku na górnej wardze. Drobna wysypka różycowa na kolanach i wewnętrznej powierzchni przedramion. Brak odruchów kolanowych.

Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku stwierdziliśmy tyle objawów dla zapalenia opon mózgordzeniowych nagminnego charakterystycznych, iż rozpoznanie nie wymaga umotywowania.

Pojawienie się 5 przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych prawie jednocześnie przemawia za istnieniem epidemii tego cierpienia w Łodzi. Wobec możliwości szerzenia się epidemii zarówno u nas, jak w okolicy, z pożytkiem będzie przypomnienie danych o epidemiologii i bakteryo-

logii zapalenia opon nagminnego, jakoteż o środkach przeciw temu cierpieniu stosowanych. Z danych zawartych w nowszych podręcznikach (Biegański, Leyden Goldscheider) jakoteż z pracy Prof. Wassermana (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung № 8. 1905) i sprawozdania D-ra Kirchnera wydelegowanego na Śląsk do miejscowości obecnie epidemią dotkniętych (refer. w tym samym numerze „Zeitschrift"), wynika, że:

1) Epidemia zapalenia opon mózgordzeniowych wybucha zazwyczaj w zimie lub na wiosnę i przygasa w lecie.

2) Zapadają podczas epidemii przeważnie osobniki młode, należące do proletaryatu.

3) Epidemie zazwyczaj nie przybierają szerokich rozmiarów (kilka przypadków na tysiąc ludności).

4) Nagminne zapalenie opon wybucha tylko w niektórych okolicach (dla czego w innych nie rozwija się ta epidemia—zbadanem nie zostało).

5) Większa ilość przypadków pojawia się zazwyczaj w jednym domu, służącym dla większego zbiorowiska ludzi blizko z sobą żyjących, jak nprz. w koszarach, więzieniach i t. p.

6) Między pojedyńczo wybuchającymi przypadkami nie udało się stwierdzić żadnego bezpośredniego związku.

7) Epidemiologia zaraźliwości nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Wiadomo tylko, iż zarazek pozostawać może przez czas dłuższy w śluzie nosa i na migdałach w gardle ludzi chorych i ozdrowieńców.

8) Stwierdzono obecność zarązka w wydzielinie nosowej zdrowego otoczenia ludzi, którzy są chorzy na zap. opon.

Prawdopodobny modus infectionis polega na tem, że zarazek zzewnątrz przechodzi do jamy nosa lub noso-gardzielowej, zkąd dzięki przyczynom niewiadomym — przypuszczalnie wskutek naruszenia całości tkanek—przedostaje się przez naczynia limfatyczne do wnętrza otoczki nerwów i przez nią do opon mózgowych. Za główne źródło przenoszenia zarazka przyjęto uważać wydzielinę z nosa i gardła.

Profilaktyka daje się, w danej chwili, streścić do następujących przepisów: 1) Odosobnienie natychmiastowe każdego przypadku. 2) Odkażanie wszystkiego, z czem chory się styka, odkażanie wszystkich sprzętów w pokoju chorego. 3) Badanie wydzieliny nosa otoczenia i izolowania ludzi, u których znajdą się dwoinki Weichselbauma*).

Pierwiastkiem chorobotwórczym jest drobnoustrój Weichselbauma nazwany przez niego diplococcus meningitidis intracellularis. Czy inne dotąd mało zbadane drobnoustroje, lub czy dwoinki zap. płuc, mogą wywołać zapalenie opon nagminne —ściśle niewiadomo. Drobnoustroje Weichselbauma mają bardzo małą odpornosć żywotną: wystarcza, by wydzielina zawierająca te dwoinki wyschła, aby drobnoustroje obumarły. Również formalina i karbol (1:800) zabijają z łatwością drobnoustroje Weichselbauma.

Do badań bakteryologicznych nadaje się najlepiej płyn mózgordzeniowy otrzymywany przez nakłócie lędźwiowe, które powinno się wykonać w każdym podejrzanym przypadku. Przekłócie jest zarazem najważniejszym zabiegiem lecznyczym. Lenhartz znalazł drobnoustroje Weichselbauma w 40 przypadkach zapalenia opon nagminnego na 45 wszystkich badanych.

Technikę wykonania przekłócia lędźwiowego za pomocą aparatu Kroeninga, specyalnie do tego zabiegu skonstruowanego, znajdujemy w artykule Coenena (Die Technik der Lumbalpunktion. Zeitschrift für Artztliche Fortbildung № 8. 1905). Aparat Kroeninga**) składa się z wydrążonej igły, 8 cnt. długiej i 1 mm. szerokiej (dla dorosłych; krótszej nieco—dla dzieci), której tępy koniec, zaopatrzony w kranik, służący do zamknięcia lub zmniejszenia światła igły, połączony jest z jednem ramieniem rurki szklanej mającej kształt litery **T**, odwróconej do góry (**⊥**) Wznoszącą się ku górze wązką cylindryczną rurkę, od góry zakryć należy szklanną pokrywą lub zatkać wacikiem—w celu zapobieżenia możliwości dostania się do rurki bakteryi z powietrza. Wysokość zebranego płynu w tej rurce, którą zmierzyć można miarką centymetrową, oznacza ciśnienie, pod jakiem znajduje się płyn wewnątrzczaszkowy. Drugie krótkie ramię **T**-rurki jest objęte kawałkiem rurki gumowej, na który nakłada się nacisk; tędy można wypuścić dowolną ilość płynu surowiczego.

*) Badanie bakteryologiczne musi być bardzo umiejętnie wykonywane, ponieważ w śluzie nosa znajdujemy często m. catarrhalis Pfeifferi, bardzo zbliżony do diplococcus intracellularis.

**) Nabyć można u Windlera w Berlinie za $32\frac{1}{2}$ marki. Koszt aparatu przezemnie nieco uproszczonego, a w zupełności odpowiadającego celowi, wypadł w Łodzi około 5 rubli.

Do aparatu należy również aërometr do badania ciężaru gatunkowego płynu (który powinien wynosić 1005—1008) i cylinder z podziałkami do zbierania wypuszczonego ilości płynu.

Nakłócie wykonywa się bez narkozy, rozumie się, antyseptyczuie. Według L e n h a r t z a wystarcza obmycie skóry eterem przed nakłóciem, po tem zaś pokrycie skóry maścią cynkową i plasterkiem lepkim. Chory powinien siedzieć lub leżeć; według L e n h a r t z a tylko leżeć—najlepiej na prawym lub lewym boku, zgięty w pałąk ku przodowi, aby wyrostki kręgowe były jaknajwięcej od siebie oddalone; L e n h a r t z radzi jeszcze uda przyciskać do brzucha. Igłę wprowadza się między 4 i 5 kręgiem lędźwiowym, w linii środkowej, z góry na dół, w kierunku skośnym. Czwarta przestrzeń międzykręgowa lędźwiowa dla tego nadaje się najlepiej do wykonania punkcyi, iż w tym miejscu kanału kręgowego w oponach rdzeniowych niema już rdzenia, lecz tylko koniec rdzenia (cauda equina), składający się z nitek nerwowych, które, usuwając się z pod igiy, skaleczeniu nie ulegają. Miejsce nakłócia wypada na linii łączącej najwięcej wystajace punkty grzebienia kości biodrowej (cristae ilei). Gdyby się jednakże nakłócie w tym miejscu nie udało, próbuje się je zrobić w następnej, wyżej leżącej, przestrzeni międzykręgowej. Igłę pogłębia się (u dorosłych o 4—6 cnt), dopóki nie otrzymamy kropli przezroczystego płynu. Wtedy szybko zamykamy kranem światło igły i łączymy ją za pomocą rurki gumowej z ramieniem T-rurki. Płyn surowiczy zapełnia szybko rurkę szklanną aż dosięgnie pewnej stałej wysokości, która nam wskaże ciśnienie, pod jakiem znajduje się płyn wewnątrz-czaszkowy; to ciśnienie u zdrowych ludzi wynosić powinno 125 mm przy leżącej ich pozycyi (a 410-przy pozycyi siedzącej).

Chcąc dla celów rozpoznawczych lub leczniczych wypuścić pewną ilość płynu, otwieramy zacisk w drugim dolnym końcu rurki i zbieramy płyn do cylindra z podziałkami.

Przy wykonaniu nakłócia lędźwiowego powinno się baczyć:a) Aby płyn wypuszczać powoli, co łatwo daje się uskutecznić, nie otwierając całego światła igły. b) Aby jednorazowo nie wypuścić więcej, jak 100 cent. płynu; L e n h a r t z radzi tylko 30-50 cent. na raz wypuścić, (do celów rozpoznawczych wystarcza 10-20 ctm). c) Przerwać natychmiast zabieg, jeśli wystąpi ból głowy. d) Nie wypuszczać płynu, jeśli ciśnienie okaże się niższem od normalnego. e) L e n h a r t z przestrzega jeszcze, aby głowa chorego podczas punkcyi nie była uniesiona ku górze.

Na zakończenie kilka słów, mających znaczenie terapeutyczne i zapobiegawcze. L e n h a r t z w swej pracy „Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre“ (№12 Münchener Med. Woch, 1905 r), opierając się na doświadczeniu zebranym na dużym materyale (45 przypadków), zaleca jako zabieg leczniczy głównie i wyłącznie nakłócie lędźwiowe, które w każdym przypadku przynosi choremu ulgę, a w większości przypadków przyczynia się do wyleczenia. Stosuje on ten zabieg w razie potrzeby kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu, nawet w przypadkach nieświeżych; złych skutków z punkcyi nigdy nie widział.

K i r c h n e r twierdzi również, iż leczenie polega głównie na stosowaniu nakłócia jakoteż na stosowaniu kąpieli gorących.

Chorzy, według jego zdania, powinni być umieszczani w szpitalu, pomimo że zapalenie opon nagminne należy do chorób mało zaraźliwych. Jako dowód ostatniego twierdzenia przytacza fakt, iż żaden pielęgarz od chorych się nie zaraził i że w jednej i tej samej rodzinie prawie nigdy kilka osób na zapalenie opon nagminne nie chorowało.

Ostatnio próbowano leczyć zap. opon mózgordzeniowych przy pomocy soli srebrnych t. j. collagolu, wcierając t. zw. Unguentum Credé; niektórzy klinicyści bardzo chwalą tę metodę; o wewnątrzżylnem stosowaniu roztworu collargolu przy tem cierpieniu nigdzie wzmianki nie znalazłem.

W Ameryce stosują — podobno z b. dobrym skutkiem—przy zap. opon surowicę przeciwbłoniczą.



Dwa przypadki zap. opon mózgo-rdzeniowych nagminnego.

Notatka podana przez D-r. **H. Olszewskiego.**

Przed kilku tygodniami miałem w kuracyi chłopca siedmioletniego z ulicy Wilczej, chorego prawdopodobnie na zapalenie opon mózgordzeniowych infekcyjne. (Analizy płynu mózgordzeniowego nie robiono). Wtedy jeszcze gazety nie straszyły ludzi tężcem i drętwicą karku. Cho-

roba zaczęła się raptownie bólem głowy i wymiotami, trwała przeszło dwa tygodnie i zakończyła się śmiercią chorego. Chłopiec przez cały czas trwania choroby był przytomny, za wyjątkiem ostatniego dnia. Objawy: stały ból głowy, początkowo wymioty, zaparcie stolca, stan wciąż gorączkowy, brzuch wciągnięty, ogólna nadczułość skóry (przeczulica), odruchy kolanowe wzmożone, sztywność karku, puls 100 do 120, nierówność źrenic. Na 5 dni przed śmiercią wystąpił zez oraz paraliż lewostronny nerwu twarzowego. W ostatnim dniu kilkakrotnie ataki drgawek. Wyprysku wargowego nie zauważyłem. Chorego widziałem cztery razy. W wywiadach nie było ani urazu, ani ropienia uszu, ani choroby infekcyjnej (jak np. pneumonia). Przed rokiem, mniej więcej, tegoż chorego leczyłem na tyfus brzuszny.

Drugi przypadek, który mam obecnie w obserwacyi (9/V. 05. XIII-y dzień choroby.) dotyczy chłopca ośmioletniego z ulicy Żelaznej, sąsiadującej z Wilczą.

Początek nagły: dreszcze, wymioty b. uporczywe i ból głowy. Wkrótce wystąpiła wybitna sztywność karku, tak iż chory dotykał prawie potylicą kręgosłupa. Chorego zabrałem natychmiast do szpitala i umieściłem w osobnym pokoju.

Przebieg choroby nie jest b. ciężki i rokowanie, zdaje się, jest pomyślne.

Pacyent zupełnie przytomny. Po kalomelu wymioty ustały bezpowrotnie. Prócz bólu głowy, jako stały objaw notowano—bezsenność. Veronal prawie—że wcale nie działą. Źrenice równe, dobrze oddziaływają na światło; zaburzeń ze strony nerwów słuchowego i ocznego nie ma dotąd żadnych. Opukiwanie kręgosłupa i tylnej powierzchni klatki piersiowej wywołuje skurcz mięśni grzbietu. Odruchy: kolanowy, Achillesa i stopowy—zniesione, inne zachowane. O zmianach czucia trudno coś pewnego orzec z powodu małej inteligencyi pacyenta. Temperatura utrzymuje się wciąż na wysokości 38,0—38,6°C. Początkowo dochodziła do 39°C.

Puls waha się między 80 a 96; niekiedy, lecz rzadko, dochodzi do 100 na 1'. Charakterystycznych w tej chorobie częstych zmian rytmu w pulsie nie zauważyłem.

Wysypek skórnych, prócz wyprysku wargowego (herpes labialis) niema żadnych. Początkowo było zaparcie stolca; —obecnie wypróżnienia reguralne. Od trzech dni sztywność karku mniejsza, chory może cokolwiek poruszać głową. Ze strony płuc i serca powikłań niema. W urynie minimalne ślady białka.

Rozbiór płynu mętnego mózgo-rdzeniowego wykazał ślady białka, brak glukozy, b. dużo leukocytów oraz diplococcum intracellularem Weischelbaumi.

Po punkcyi chory czuł się bardzo dobrze. Temperatura na 24 godziny spadła do normy, ból głowy zmniejszył się czasowo i pacyent całą (jedyną w chorobie) noc przespał. Co się tyczy terapii: kalomel, pijawki za uszami i na kręgosłup, lód na głowę i kark, veronal na noc, oraz 2 razy dziennie proszek chininy. Próbowałem wstrzykiwań podskórnych sublimatu, lecz po trzech iniekcyach zaniechałem tego, gdyż chory czuł się znacznie gorzej, Temperatura raptownie podskoczyła. Prócz tego codziennie kąpiele 28°—29°. Wczoraj zaleciłem wcieranie w głowę i kark maści Crédé.

Sądzę, że w cięższych przypadkach należałoby próbować leczenie za pomocą wewnątrzżylnych wstrzykiwań 1% roztworu collargolu.



Ogólny plan przygotowań sanitarnych w m. Łodzi wobec grożącej cholery.

Referat w Tow. Lek. Łódzkiem w d. 26 IV. 1905.

Przez Dr. S. Sterlinga.

Paragraf pierwszy ustawy nakazuje Towarz. lek. miasta Łodzi „przedsiębranie środków dla zapobieżenia i ograniczenia rozwoju i szerzenia się chorób epidemicznych“ i „dopomaganie miejscowej administracyi w urządzaniu miejskiej służby zdrowia, oraz wskazywanie najwłaściwszych do tego sposobów“.

To też, jakkolwiek *nieproszeni wcale* o radę w sprawie organizacyi walki z cholerą w Łodzi—mamy nietylko prawo z brzmienia ustawy płynące, ale i obowiązek obywatelski nasze zdanie wypowiedzieć.

Tem niezbędniejszem jest zabranie głosu w tej sprawie, że zarządzenia władz administracyjnych iść zamierzają drogą utartą, pomimo że ona została przez doświadczenie lat ubiegłych bezpowrotnie zdyskredytowana.

Te środki, na jakie dotąd największy kładziono nacisk, a jakie i nadal chce wyłącznie stosować Magistrat łódzki, są niewątpliwie konieczne, ale ani same w sobie wystarczające, ani też najważniejsze.

Epidemiologia cholery uczy że: 1) na cholerę zapadają ludzie wogóle źle odży-

wiani, albo też cierpiący na upośledzenie czynności narządów trawienia; 2) cholera rozwija się groźnie w miejscowościach zaniedbanych pod względem sanitarnym.

Połowicznym jest plan walki z cholerą, jeśli nie uwzględni obu tych czynników—w stopniu równym.

Niepodobna przewidzieć, jakie rozmiary przybierze grożąca nam epidemia; wiele jednak faktów przemawia za tem, że będzie to klęska groźna. To też połowiczność środków przedsiębranych zemścić się może w sposób bardzo poważny.

Za pierwszy i najważniejszy środek zapobiegawczy uważam zdwojoną działalność Towarzystw dobroczynności, specyalnie ich działalność w sprawie dostarczenia ubogiej ludności pożywienia.

Ta *najskuteczniejsza droga uodporniania* ludności musi być oddana w ręce nie ad hoc tworzonych komisyi urzędniczych, tylko w ręce tych, którzy są z tą działalnością obeznani, a więc w ręce członków Tow. dobroczynności.

Nasze Towarzystwa dobroczynności finansowo wyczerpane przez niesłychane zadania, jakim musiały sprostać w ciągu ubiegłego roku, mogą tę akcyę poprowadzić tylko przy pomocy funduszów kasy miejskiej. I na *takie* użytkowanie pieniędzy publicznych musimy zwrócić uwagę władz.

Przy organizacyi tej pomocy dla ludności ubogiej w czasie wyjątkowym, wymagającym specyalnych urządzeń, pomocni być mogą członkowie Tow. hygienicznego.

Drugim punktem ogólnego planu postępowania zapobiegawczego jest n a t y c h m i a s t o w a organizacya bezpłatnej pomocy lekarskiej dla ludności ubogiej, ustanowienie miejskich lekarzów dla ubogiej ludności (Armenaerzte). Miasto, które niema wcale własnego szpitala, ma ten obowiązek w każdej porze, a już szczególnie dziś, kiedy grozi epidemia. Ani istniejąca w tej mierze pomoc ze strony Towarzystw dobroczynności, ani tembardziej pomoc w bezpłatnych ambulatoryach, nie wystarczają w chwili, kiedy *wczesne wykrycie przypadku cholery stanowić może o zapobieżeniu epidemii.**)

Jeżeli—co jest rzeczą prawdopodobną—zabraknie do takiej organizacyi lekarzów, należy do pracy w tych miejskich poliklinikach dla ubogich wezwać studentów medycyny z wyższych kursów, w charakterze pomocników lekarskich.

Po trzecie, należy głośno i bezwzględnie ogłosić *bankructwo* wartości t. zw. „Komitetu sanitarno-wykonawczego do walki z cholerą“ i „Komissyi sanitarnych“ w tej ich postaci, w jakiej one ongi działały i w jakiej je *znów* do życia powołano.

Zadaniem komisyi sanitarnych ma być: „rewizya domów, ich wewnętrznych urządzeń i wogóle baczenie, aby właściciele tychże i mieszkańcy przestrzegali czystość i porządek“.

Otóż tej pracy w Łodzi ma sprostać 64 obywateli i 32 lekarzów, pełniących te funkcye honorowo, t. j. w czasie wolnym od zajęć zawodowych.

Nawet jeśliby chodziło o to, aby raz obejrzeć każdą posesyę i... spisać protokuł—nawet w tym razie jest to zadanie, którego nie spełni tak małe grono ludzi; ale że ich obowiązkiem powinnoby być *stałe* doglądanie i *stałe* sprawdzanie stanu sanitarnego w swym obwodzie—jest to zadanie stanowczo nad ich siły.

Do tej pracy należy powołać kilkaset osób, ale nie w charakterze wykonawców zleceń i rozporządzeń, idących z góry, tylko jako *Sanitarny Komitet obywatelski*, który będzie pracował po wszechstronnem rozważeniu swych zadań. Tylko tą drogą wyrobimy sobie sojuszników na chwilę wybuchu epidemii, tylko przy istnieniu *tego* warunku, działalność komisyi sanitarnych będzie żywotna.

---

*) Zrobiono mi podczas dyskussyi zarzut, że miejskich lekarzy dla biednych w Łodzi nie potrzeba, ponieważ obecnie czynni lekarze towarzystw Dobroczynności—w ilości 14—zupełnie wystarczają. Pomijam wzgląd, czy wiecznie ma zastępować dobroczynność prywatna gminę miejską w jej obowiązkach. Porównam natomiast ilość lekarzy dla ubogich w niektórych miastach Niemiec, gdzie niebrak szpitali, gdzie pomoc lekarską na koszt związków zawodowych mają nie tylko robotnicy fabryczni, ale i rzemieślnicy, mularze, furmani, służące, i t. p., Otóż np. w Berlinie (mam dane za r. 1900) przy 1677000 ludności było czynnych 83 lekarzy miejskich dla ubogich, pobierających po 1600 M. rocznej pensyi; w Hamburgu, przy 625,000 mieszkańców było czynnych 46 lekarzy dla ubogich, pobierających po 1000 M. pensyi; we Wrocławiu przy 373,000 m. było 21 lekarzy dla ubogich. W Łodzi jest ich 14 i biorą razem 5400 pensyi rocznej. Zestawmy teraz tak:

Berlin na każde 1000 m. ludności płaci na lek. dla ubog. 31.7 r.. Hamburg na każde 1000 m. ludności płaci na lek. dla ubog. 29.0 r.. Łódź na każde 1000 m. ludności płaci na lek. dla ubog. 15.4 r.

Zdaje mi się, że Łódź nie jest wolna od obowiązku powiększenia liczby lekarzy dla ubogich; ale już na koszt miasta! *(Przyp. podczas korekty).*

Kładę szczególny nacisk na ten sposób postępowania z członkami Komisyi, a to dlatego, że w Łodzi zaproszono do Komisyi lekarzów np. trzydziestu dwu, ale ich na posiedzenia Komitetu sanitarno-wykonawczego nie zapraszają! Jest to niesłychane lekceważenie usług obywatelskich, jakie ci lekarze chcą złożyć na ołtarzu dobra publicznego i--zdaje mi się—ich godność osobista podyktuje im jedyny sposób, w jaki na to lekceważenie odpowiedzieć powinni...

Nie mniejszą szkodę wyrządza się samej sprawie kontroli stanu sanitarnego przez obywateli, jeśli się ich pozbawia możności bliższego poznania celów i środków walki z cholerą, t. j. nie zaprasza na posiedzenia.

Do zatwierdzenia stawiam wniosek następujący:

Towarzystwo lekarskie łódzkie na posiedzeniu w dniu 26 kwietnia r. b. przyszło do wniosku, że niezależnie od środków zapobiegawczych wobec grożącej epidemii cholery, jakie projektuje Magistrat, i w dopełnieniu do nich, należy:

1. Wydać Towarzystwom dobroczynności specyalne zapomogi na: a) założenie kilku tanich sklepów produktów spożywczych dla ludności ubogiej; b) rozszerzenie i powiększenie liczby istniejących tanich kuchni; c) powiększenie liczby herbaciarni; d) wydawanie w tych herbaciarniach—w chwili wybuchu epidemii—herbaty i wody przegotowanej bezpłatnie; e) rozszerzenie i powiększenie liczby przytułków noclegowych.

2. Utworzyć kilka posad lekarzów dla ubogich, którzyby leczyli ludność ubogą na koszt miasta, ewentualnie organizacyę tego powierzyć Towarzystwu dobroczynności. W razie braku dostatecznej liczby lekarzów—dodać im do pomocy studentów medycyny, dwu wyższych kursów.

3. Zorganizować komitety sanitarne, powiększając ich liczbę i tworząc z członków tych komitetów specyalną organizacyę Sanitarnego Komitetu obywatelskiego, który na swych posiedzeniach będzie roztrząsał wszelkie kwestye, wchodzące w zakres jego zadań. W charakterze płatnych „doradców technicznych“ do tych Komitetów powołać studentów medycyny, którzy cały swój czas poświęcą kontroli stanu sanitarnego miasta.

Uchwały, jakie poweźmiemy na naszem posiedzeniu, powinny być — mojem zdaniem — ogłoszone w pismach codziennych; kopię tych uchwał należałoby przesłać gubernatorowi, w każdym zaś razie demonstracyjnie ominąć należy przy tem Magistrat m. Łodzi, który do nas się po radę nie zwracał.

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 5 Kwietnia 1905 r.

Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman

Obecnych 31 członków.

I. Zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Kol. Jan Wisłocki odczyt p. t. *Kilka słów o podtrzymywaniu krocza.* (Będzie drukowane w „Czas. Lek“.)

Dyskusya: Kol. Saks: zgodnie z przepisami podawanemi obecnie przez większość akuszerów unika wszelkich zabiegów na kroczu samem, stara się tylko o odpowiednie kierowanie główki.

Kol. Kaufman: Analogia pomiędzy przejściem główki przez ujście maciczne i przerzynaniem się jej przez otwór sromny jest z tego chociażby względu nieścisłem, że pierwsze odbywa się bez czynnego udziału ze strony rodzącej, przy drugiem zaś rodząca, chcąc pozbyć się czemprędzej dotkliwego bólu, napiera zwykle energicznie i tem przyczynia się nieraz do uszkodzenia krocza. U pierwiastek w większości przypadków rozdarcie jest nie do uniknięcia i żaden zabieg zapobiedz temu nie zdoła. W wielu przypadkach, w których udało się ocalić krocze, ulega rozdarciu okolica cewki lub wargi, które również szyć należy. Zabieg proponowany przez kol. Wisłockiego trudny jest do wykonania z tego względu, że tkanki przylegające do spojenia łonowego mało są ruchome, energiczne zaś usiłowania ściągnięcia ich sprowadzić mogą pęknięcie w okolicach cewki. Rozdarcia takie, jak

wiadomo, połączone są zawsze z silnem krwawieniem.

Kol. R u n d o: Naciskając główkę przez krocze, zmusza ją się właśnie przez to do wypełnienia łuku łonowego. Cel zatem, do którego zmierza zabieg kol. Wisłockiego, t. j. wyzyskanie miejsca pod łukiem łonowym, zostaje w ten sposób osiągniętym łatwiej, niż przez nasuwanie części miękkich na główkę.

Koleżanka Z e l i g s o n przypomina, że krocze niekiedy zostaje rozdarte nie przy urodzeniu się główki, lecz przy barkach dopiero.

Kol. W i s ł o c k i w przemówieniu końcowem zaznacza, że uważa za szkodliwe wszelkie zabiegi, przy których na główkę wywarty zostaje ucisk, i to właśnie skłoniło go także do wypróbowania nowej metody. Raz jeden zdarzyło mu się rozdarcie w okolicach cewki, w ogóle jednak znaczną część warg ściągnąć można, niewywołując żadnego uszkodzenia.

Posiedzenie z dnia 26 Kwietnia 1905 r.

Przewodniczący R. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman

Obecnych 50 członków i 29 gości,

W liczbie gości koledzy: K a r w a c k i, P a l m i r s k i i P r u s z y ń s k i, jako delegaci warszawskiego tow. lekarskiego, koledzy D r o z d o w s k i i C u k i e r—jako delegaci Kaliskiego tow. lekarskiego, kol. F i d l e r i P e ł c z y ń s k i —delegaci radomskiego tow. lek.; kol. C h o d ż k o —z lubelskiego tow. lekarskiego, oraz koledzy P o l a k i K r ó l i k o w s k i z Warszawy.

Przed porządkiem dziennym kol. S e r k o w s k i demonstrował w laboratoryum swojem przecinki Kocha pod mikroskopem, różne rasy bakteryi cholerycznych z dawniejszych i obecnej epidemii, surowicę przeciwcholeryczną, mapę ilustrującą drogę postępów epidemii i t. t.

I. Kol. S e r k o w s k i wygłosił odczyt p. t. *Epidemiologia i profilaktyka cholery* (ptrz. str. 137).

Dyskusya Kol. P i n k u s w obec ogromu materyału proponuje kolejny rozbiór wszystkich postulatów postawionych przez kol. Serkowskiego.

Ad 1) *Komitety sanitarne.*

Kol. P i n k u s stwierdza, że w Łodzi w przeciwieństwie do Warszawy, nie postarano się wcale o szeroki udział lekarzy i obywateli w komitetach sanitarnych.

Kol. P r u s z y ń s k i prostuje wzmiankę kol. Pinkusa o Komitecie warszawskim i zaznacza, że i w Warszawia również społeczeństwo w Komitecie sanitarnym nie jest reprezentowane.

Kol. P o l a k wyjaśnia, że racyonalne organizowanie Komitetów sanitarnych napotyka na trudności z powodu stosowania do nich ustawy z roku 1903, która przepisuje skład komisyi sanitarnych i nadaje im charakter wyłącznie urzędniczy, ale że jednakże jenerał-gubernator Warszawski dąży do tego, by współudział w Komisyi przyjął również szeroki ogół.

Kol S t e r l i n g odczytuje wzmiankę z „Ech Płockich i Wrocławskich", z której widać, że w Płocku magistrat zwrócił się do towarzystwa lekarskiego z prośbą by ono wzięło na siebie inicyatywę w walce z cholerą, podzieliło miasto na rewiry etc. Jest to dowodem, że tylko od dobrej woli władz miejscowych zależy postawienie sprawy komitetów sanitarnych na właściwym gruncie.

Ad 2) Urządzenie stacyi obserwacyjnych.

Kol. P i n k u s proponuje, by w każdej gubernii urządzić 2 stacye obserwacyjne.

Kol. P a l m i r s k i: ilość stacyi nie powinna być z góry oznaczona, lecz zależną od kwoty na ten cel przeznaczonej.

Ad 3) Zawiadomienie o każdym podejrzanym przypadku.

Kol. B r u d z i ń s k i Lekarze zawiadaliby bardzo skrupulatnie, gdyby wiedzieli, że sprawa nie będzie traktowana po urzędniczemu, że zawiadomienie nie będzie rzuconem do kosza, lecz odniesie pożądany skutek.

Kol. P o l a k Szpitale powinny zawiadamiać o wszystkich przypadkach chorób przewodu pokarmowego.

Kol. P r u s z y ń s k i. Od szpitali można żądać więcej: lekkie przypadki, nawet biegunki, powinny być poddane ścisłemu badaniu.

Kol. S t e r l i n g. Wobec małej liczby łożek lekkie przypadki nie dostaną się wcale do szpitali.

Powzięto uchwałę, że *w szpitalach, nawet w lekkich przypadkach, powinno być przeprowadone badanie bakteryologiczne.*

Ad 4 i 5) Badanie bakteryologiczne i urządzenie ruchomych oddziałów bakteryologicznych.

Kol. P r u s z y ń s k i. Metody badania bakteryologicznego, zestawione przez kol. Serkowskiego, są ostatnim wynikiem nowoczesnej nauki. Wykonać je można jednakże tylko w specyalnych pracow-

niach. W obec małej liczby laboratoryów i braku ludzi odpowiednio przygotowanych w praktyce — należałoby pozostać przy dawnejszych, łatwiejszych metodach badania.

Kol. Palmirski Pierwszy przypadek podejrzany wymaga dokładnego badania; nie można przy nim pominąć ani objawu Pfeiffra, ani aglutynacyi.

Kol. Serkowski Ponieważ istnieją wibriony podobne do przecinków Kocha, przeto pierwsze przypadki należy zbadać dokładnie, by niepotrzebnie nie wywołać popłochu. Chodzi tylko o to, jak wykonać takie badanie na prowincyi? I tam trzeba, conajmniej, zastosować metodę peptonową i odczynnik Karwackiego. Jeśli wynik będzie pozytywny, to należy posłać wydzielinę do szczegółowej analizy.

Kol. Pruszyński Rozpoznanie pierwszych przypadków bezwarunkowo opierać się musi na zastosowaniu wszystkich istniejących metod, natomiast przy dyagnozie podczas epidemii wystarczają sposoby dawniejsze, w połączeniu z cechami klinicznemi. Proponuje urządzenie w tych miastach, w których istnieją laboratorya, krótkich kursów bakteryologiczno-mikroskopowych dla lekarzy.

Kol. Karwacki. Dawniejsze metody, np. hodowanie bakteryi z wypróżnień, są trudniejsze do wykonania niż nowe; badanie seryodyagnostyczne jest nowe, ale bardzo łatwe, tak łatwe, jak określenie białka w moczu. Można je stosować poprostu na zasadzie piśmiennego przepisu. Wprawdzie przy metodzie aglutynacyi nie można charakteryzować szczepów bakteryi i stosować ją można ze względu na powolność reakcyi tylko w przypadkach więcej przewlekłych—technicznie jednak jest ona najłatwiejszą.

Kol. Sterling. Za metodą aglutynacyi przemawia ta okoliczność, że wykonać ją można bez przyrządów i bez mikroskopu, których wielu lekarzy, zwłaszcza na prowincyi, nie posiada.

Kol. Pruszyński Metoda aglutynacyi jest łatwą tylko dla lekarzy dobrze z nią obeznanych i posiadających duże w tych sprawach doświadczenie. Oprócz tego, bez cech hodowlanych nie jest pewną. Akcentuje raz jeszcze wartość objawów klinicznych, o których zapomina się, przenosząc punkt ciężkości rozpoznania wyłącznie na metody bakteryologiczne.

Kol. Serkowski. Cech klinicznych nie mamy często wcale, gdy chodzi np. o stwierdzenie, czy osoby podejrzane lub zdrowieńców można już wypuścić z domów izolacyjnych bez obawy, że będą one dysseminować zarazki.

Wniosek, by Komitety sanitarne wysyłały lekarzy do Warszawy, Łodzi i t. d. do laboratoryów na kursy dyagnostyczne zostaje przyjętym.

Ad 6) Szpitale i baraki.

Kol. Pinkus Oczywiście, baraki powinny być pod kierunkiem lekarzy wyszkolonych w bakteryologii.

Kol. Drozdowski. Czy wymaga się absolutnie, by baraki choleryczne znajdywały się za miastem, czy też mogą być urządzone przy szpitalach?

Kol. Serkowski Praktyczniej jest urządzać je za miastem. Przy uwzględnieniu jednak terenu, t. j. kierunku wód ściekowych i porządnej asenizacyi mogą być otwierane i przy szpitalach.

Kol. Polak. W Warszawie oddziały dla cholerycznych znajdowały się przy szpitalach i nie przyniosły szkody ani innych chorym, ani miastu.

Kol. Sterling. Do baraków przy szpitalach ludność chętniej chodzi, niż do zamiejskich.

Ad) 7 i 8) Izolacya.

Kol. Sterling. Jest wątpliwem, czy izolacya da się wykonać i czy ludzie pozwolą się trzymać w domach izolacyjnych, zwłaszcza, że przymusu stosować nie można.

Kol. Pinkus: Izolować powinno się tylko przyjezdnych.

Kol. Drozdowski. W Kole podczas walki z cholerą największe usługi oddawały domy izolacyjne, w których umieszczano rodzinę na czas dezynfekcyi mieszkania.

Kol. Polak Należy ograniczyć się przetrzymaniem otoczenia chorych w domach izolacyjnych przez czas krótki, niezbędny do zdezynfekowania mieszkania.

Kol. Serkowski. Dom izolacyjny traci racyę bytu, jeśli służyć ma tylko na krótki pobyt, gdyż rekonwalescenci po powrocie dysseminować będą dalej zarazki.

Kol. Palmirski W Odesie, mając na walkę z cholerą duże fundusze (około 1000 rb. na chorego), umieszczano jednakże tylko przyjezdnych i rodzinę chorego w domach izolacyjnych.

Kol. Pinkus. Izolacya na czas nieokreślony, kilka tygodni i dłużej, jest niewykonalną.

Kol. Karwacki Na plan walki z cholerą podany przez kol. Serkowskiego

i wypróbowany już zresztą w Niemczech należy patrzeć jako na ideał, do którego trzeba dążyć, chociażby niewszystko u nas okazało się wykonalnem.

Ad 10) Karetki do przewożenia chorych.

Kol. Likiernik. Podczas ostatniej epidemii barak żydowski miał kilka wynajętych dorożek dezynfekowanych po każdym transporcie chorych i znajdujących się stale na podwórku szpitalnem.

Kol. Pinkus. Warszawskie Pogotowie posiadało przez czas krótki jędnę karetkę do przewożenia chorych zakaźnych. Łódzkie nie miało i nie ma na ten cel żadnej. Przewozi się chorych zakaźnych dorożkami, co ani ze względu na chorych, ani ze względu na bezpieczeństwo publiczne tolerowane być nie może. Kol. Pinkus stawia wniosek, by, gotując się do walki z cholerą, *zażądać od magistratu m. Łodzi sprawienia dwóch specyalnych karetek do przewożenia chorych zakaźnych.* Wniosek ten zostaje przyjętym.

Ad 12) Uporządkowane nieczystości.

Kol. Polak: § 102 ma moc prawną dopiero w czasie epidemii lub w miejscowościach urzędownie ogłoszonych za zagrożone. Tymczasem więc Komitety sanitarne powoływać się na ten paragraf nie mogą. Natomiast pożądanem byłoby, by u biednych niekiedy porządki zaprowadzano na koszt miasta lub gminy.

Ad 15) Dostarczenie w miejscach publicznych przegotowanej wody.

Kol. Fidler. Jak dostarczyć dobrej wody?

Kol. Serkowski. Wystarcza, jeśli jest dobrze przegotowana, jeśli można w specyalnych kotłach Simensa i innnych, wreszcie w zwyczajnych naczyniach. Bardzo ważnem jest, by naczynia, kubki i t. p. były utrzymywane w czystości przez specyalnego posługacza.

Ad 18) Popularyzacya hygieny.

Kol. Skalski Należy postarać się o to, by na powtórzenie tego samego odczytu w kilku miejscowościach nie trzeba było starać się o oddzielne decyzye władzy.

Kol. Polak. Komitetom sanitarnym przysługuje prawo popularyzacyi.

Ad 19)

Kol. Fidler. Większość postulatów zaakceptowanych przez nas pozostanie pobożnem życzeniem. Wiadomo przecież, że podczas ostatniej epidemii ogół powstawał przeciwko zarządzeniom sanitarnym. Komisyom sanitarnym brak władzy wykonawczej co odbiera im wszelką wartość. Należy przeto skupić się na tych środkach przedewszytkiem, które są dla nas dostępne, t. j. na popularyzowaniu hygieny i zabiegach lekarskich. Co do pierwszego punktu, to należy wygłaszać odczyty popularne, rozrzucać broszury i rady drukowane w postaci plakat. Schematy tych broszur jednolite powinnyby opracować wspólnie tow. lekarskie, respect. hygieniczne. Co do działalności specyficznie lekarskiej, należałoby przedewszystkiem udostępnić reagens kol. Karwackiego. Mówca zapytuje, czy i gdzie można ten odczynnik już nabyć. Ponieważ niemożna nikogo zmuszać do wstąpienia do szpitala lub domu izolacyjnego, przeto trzeba więcej uwzględnić terapię. Mówca zapytuje prelegenta i kolegów bakteryologów, czy nie należałoby zabrać się do szczepień masowych, o ile one rzeczywiście chronią ludność od masowych zachorowań, i zmniejszają chorobowość i śmiertelność? A w takim razie, gdzie można szczepionki dostać?

Kol. Sterling. Sprawa szczepień masowych jest jeszcze przedwczesną.

Kol. Karwacki. Odczynnik dla rozpoznania cholery jest w robocie; należy jeszcze tylko określić skoncentrowanie; za 2 — 3 tygodni będzie w sprzedaży.

Kol. Serkowski. Dane statystyczne bardzo ścisłe z 200,000 szczepień dowodzą, że śmiertelność u szczepionych zmniejsza się 4—krotnie, chorobowość zaś pięciokrotnie. Należałoby więc najgorliwiej zachęcać do massowych szczepień. Zachodzi tylko obawa fałszywego pojmowania sprawy przez lud. W Merwie, gdy ktoś ze szczepionych umarł, zaczęto opowiadać sobie, że lekarze szczepią cholerę. Wywołało to rozruchy. Surowicę wyrabiał instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Laboratoryum kol. Serkowskiego posiada 150 porcyi. Bezwątpienia będzie też ona wyrabiana przez laboratorya w kraju i cena wtedy się zmniejszy. Koszt jednej dozy nie powinien więcej wynosić, niż 2 kop.

Kol. Palmirski. Szczepienie bezwarunkowo uważać należy za skuteczne. Obawa, że lud nie zgodzi się na szczepienie, jest przesadzona. Instytut Tavel'a w Bernie bierze za 1000 szczepień 70 frank.

Kol. Szokalski. Doświadczenie nabyte przy szczepieniu ospy poucza, że lud nie będzie się opierał szczepieniu; do rewakcynacyi ludność biedna zgłasza się pilniej i chętniej, niż ludność zamożniejsza.

Wniosek, by *usilnie zalecać massowe szczepienie surowicy przeciwcholerycznej* zostaje przez zebranych przyjętym.

II. Kol. Sterling wygłosił odczyt p. t. „Ogólny plan przygotowań sanitarnych w Łodzi wobec grożącej cholery“. (ptrz. str. 151)

Dyskusya Kol. Kaufman Przyjmował udział w komisyach sanitarnych w 1893 r. Nie zgadza się na to, by dostarczać pożywienia ubogiej ludności za pośrednictwem to warzystw dobroczynności. Do poprawy swoich warunków ekonomicznych klasy pracujące dojść muszą drogą samopomocy. Dopomódz im możemy tylko przez dostarczenie pracy, np. rozpoczęcie robót miejskich na wielką skalę.

Kol. Wisłocki. Bezpłatna pomoc lekarska dla ubogich już jest zorganizowana; oprócz ambulatoryów bezpłatnych żydowskie tow. dobroczynności przy pomocy 8, —chrześciańskie przy pomocy 4 lekarzy udziela chorym porad w ich mieszkaniu.

Kol. Pinkus. Roboty miejskie nie mogą być prędko rozpoczęte; chodzi tutaj o pomoc doraźną.

Kol. Kaufman. To samo mówiono rok temu, tymczasem towarzystwa dobroczyzności wydało 300000 rb., wyczerpały wszystkie swoje fundusze i zwiększyły tylko liczbę żebraków.

Kol. Sterling. Nie wszystkich można zużytkować przy robotach miejskich.

Wnioski kol. Sterlinga zostają przez zebranych *przyjęte*.

KRONIKA.

— 62 — *Uchwały w sprawie walki z cholerą* zjazdu Pirogowskiego brzmią:

I. W celu wczesnego *rozpoznania* pierwszych przypadków cholery należy jaknajszerzej stosować badanie bakteryologiczne wszystkich podejrzanych przypadków zaburzeń żołądkowo-kiszkowych i przypadków szybkiego zgonu przy objawach rozwolnienia. W celu urzeczywistnienia tego żądania niezbędne jest urządzenie dostatecznej liczby laboratoryów w większych miastach. Ponieważ w chwili obecnej najwięcej pewnym środkiem rozpoznawania prątka cholerycznego jest metoda aglutynacyjna, lekarze, którzy będą wykonywali badania dyagnostyczne, muszą być zaopatrywani—z istniejących laboratoryów—w suchą aglutynującą surowicę choleryczną.

II. Uznając wartość dezynfekcyi tam, gdzie się ją udaje naukowo wykonać, zjazd uważa, że obecne warunki życiowe rossyjskich siedzib niepozwalają na uznanie *dezynfekcyi* jako środka powszechnie obowiązującego; stosowanie dezynfekcyi w każdym oddzielnym przypadku powinno zależeć od lekarza, który się wtedy liczyć może tylko z przepisami opracowanymi przez miejscowe społeczne lekarsko-sanitarne organizacye.

III. Wobec nielicznych dotąd danych statystycznych o wartości *szczepień ochronnych*, Zjazd poleca te szczepienia personelowi lekarskiemu i tym z ludności, którzy sami się na to zgodzą.

IV. Ocena środków leczniczych, stosowanych przy cholerze, nie jest jednolita, środków zaś swoistych nie mamy; wobec tego postępowanie *lecznicze* nie różni się od postępowania przy chorobach zakaźnych ostrych wogóle. Dla tego Zjazd nie może się wypowiedzieć za żadną ze stosowanych przy cholerze metod leczniczych. Racyonalne stosowanie środków objawowych i zabiegów terapeutycznych, a przedewszystkiem—racyonalne pielęgnowanie chorych sprawiają ulgę chorym i zmniejszają śmiertelność. Dla tego Zjazd oświadcza się za jaknajliczniejszym personelem lekarskim, jaknajliczniejszymi szpitalami. Zarząd szpitali musi pozostawać w ręku organizacyi społecznych.

Następujące rezolucye przyjęto jednogłośnie: 1) Zjazd uznaje, że lekarze nie mogą brać udziału w komisyach sanitarnych, ani też wypełniać rozporządzeń tych Komisyi. 2) Zjazd potępia tych lekarzy, którzy będą służyli w instytucyach—państwowych czy społecznych—które będą się kierowały prawidłami z roku 1903-go. 3) W celu urzeczywistnienia swych uchwał Zjazd tworzy „Związek personelu lekarskiego“, składać się mający z oddzielnych związków (gubernialnych, miejskich i t. p.), z których każdy na miejscu działa autonomicznie. Działalność Związku: a) zyskiwanie największej liczby członków; b) organizacya wspólnej akcyi; c) komunikowanie się z organizacyami, mającymi podobne cele; d) obrona praw moralnych i materyalnych; poparcie osób, które ucierpią z powodu udziału i pracy w Związku; e) moralna ocena społecznej działalności lekarskiej.

— 63 — W zeszycie piątym „Krytyki lekarskiej“ pisze kol. A. Żurakowski; w artykule zatytułowanym: *Nieco o walce z cholerą.*

„Nie tajno mi, że znaczna część naszych kolegów, może większość, z góry odrzuca wszelką myśl udziału w walce z cholerą, o ile by ta walka miała się organizować w rozmaitych komitetach, komisyach, czy innych zgromadzeniach, w których decydującą rolę odgrywałyby sfery administracyjno-policyjne, a obywatele i lekarze mieliby tylko głos doradczy. Łatwo bardzo domyślać się można, że owa znaczna część, czy większość lekarzy, to ludzie młodzi, a nawet bardzo młodzi (co nie ma być rozumiane zgoła jako ujma), a więc temperamentu gorącego, zapalni, o swe prawa i przywileje moralne bardzo zazdrośni. Wcale nie byłoby dziwne, gdyby i lekarze starsi pod wpływem czy to bieżących prądów politycz-

nych, znajdujących dosadny wyraz w olbrzymiej części prasy rosyjskiej, czy pod wpływem biurokratycznego prawa z 1903 roku, wreszcie pod wpływem uchwały zjazdu Pirogowskiego, zawahali się, czy brać udział w jakim „komitecie“, czy też lepiej, umywając ręce, powiedzieć sobie: niech się dzieje, co chce; nie będę kalał imienia lekarza, biorąc udział moralny w bezsensownych uchwałach, lub w wykonywaniu rozporządzeń — dziecinnych w razie braku epidemii, a graniczących, wskutek bezcelowości niemal, ze zbrodnią, gdy cholera już nadeszła.

Że zarówno jednym, jak drugim współczuć można, to chyba nie ulega wątpliwości. Czy jednak jest racya dawać tak silny upust oburzeniu na widok pogwałconych praw zawodowych, praw zdrowej logiki, wreszcie praw społeczeństwa do opieki nie policyjnej, a lekarskiej?

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rolę kierowniczą w walce z wszelką epidemią powinni mieć lekarze i to wyłącznie lekarze. Jest to prawda uznana tak dawno, że motywowanie jej byłoby dwudziestą próbą odkrywania Ameryki. Że wszelkie bez wyjątku urzędy administracyjne, mające władzę wykonawczą, a więc przedewszystkiem policya, muszą być bezwzględnie posłuszne rozporządzeniom lekarzy i nie powinny nic przedsiębrać na własną rękę, jest to tylko prostym wnioskiem z powyższego założenia. Gdy panują takie właśnie stosunki, to epidemia traci całą grozę. Dowodem epidemia cholery w Niemczech w 1892 r. Wystarczy ku temu nawet, by się znalazła jednostka obdarzona obok władzy dobrą wolą; dowodem jenerał Starynkiewicz, który w 1892 r. słuchał nie okólników, ani cyrkularzów, a lekarzy i pośrednio zmusił tem policyę warszawską do naśladowania go. Gdy panują stosunki inne, toż to raj dla wszelkiej epidemii. Przecież w Rosyi były setki tysięcy trupów. Otóż jestem głęboko przekonany, że jeśli nasi lekarze uchylą się od działalności społecznej, a ograniczą się jedynie do czynności zawodowych, to będziemy mieli w wyniku może nie setki, ale z pewnością dziesiątki tysięcy trupów. Wiemy dobrze, że efekt czynności lekarza w klinice równa się w razie cholery niemal zeru, terapia nasza jest bowiem prawie bezsilna, natomiast zapobieganie daje wyniki świetne. Zabiegi względnie drobne, zamknięcie jakiejś studni, w porę wykonane odkażenie, sumienna izolacya przecina epidemię. Czy dlatego, że się w tym lub owym komitecie lekarz może narazić na niedowierzanie, lekceważenie lub zgoła niegrzeczność, tenże lekarz ma prawo stawiać swoją ambicyę wyżej od interesu publicznego? Czy dlatego, że nie mamy silnej pięści, to i rozumem nie możemy walczyć? Czyż trudno sobie wyobrazić, że w tym lub owym przypadku uparty, a pewny siebie przedstawiciel administracyi nie posłucha rozumnych, logicznych, doświadczonych rad przedstawiciela wiedzy? Czyż nie jest naszym najświętszym obowiązkiem przedstawiać, wołać, molestować, krzyczeć, przekonywać, uczyć? Czyż jeśli jednemu lekarzowi nie będzie sądzone doczekać się pomyślnych wyników pracy, to się to ma nie udać dwudziestu innym? Zkądże ta pewność? Zkądże się bierze odwaga myśleć wobec cholery nie o cholerze, a o tych lub owych względach politycznych! Czy dla nagrody mamy służyć ziomkom? A cóż powinno nas obchodzić zachowanie się biurokratów względem nas i naszych rad? Niema wątpliwości, że wobec obojętności, złej woli, lub nawet pogardy odchodzi ochota do pracy. Aleź walka z cholerą jest walką, a jak u nas walką podwójną, bo nie tylko z cholerą, lecz jeszcze z ciasną rutyną, podlaną sosem politycznym. Jeśli nie wszędzie zwyciężymy cholerę, to może to nie zawsze będzie naszą winą, ale jeśli opuścimy odrazu ręce, to klęska społeczna padnie niewątpliwie głównie na nasze sumienie“.

— 64 — Główny Inspektor lekarski ogłasza, co następuje: Za miejscowości, którym „grozi cholera“ należy uważać: wybrzeże morza Kaspijskiego, gubernie: Astrachańską, Saratowską, Symbirską, Kazańską, Niżegorodzką; okręgi: Zakaspijski, Samarkandzki, Fergański, Syr-daryjski, Uralski, Wojska Dońskiego; gubernie: Permską, Ufimską, Stawropolską, Orenburską, Wiatską, Tyfliską, Elizawetpolską, Bakińską, Jarosławską, Kostromską, Włodzimiską, Twerską. Co się tyczy gubernii: Moskiewskiej, Tambowskiej, i Riazańskiej, to i w nich należy ustanowić punkty obserwacyjne wzdłuż rzek spławnych.

Ostatni przypadek cholery stwierdzono w d. 11 Lutego.

— 65 — Instytut Medycyny doświadczalnej przygotował znaczne ilości swoistej surowicy cholerycznej aglutynującej. Ten przetwór wydaje się bezpłatnie instytucyom rządowym i publicznym; osobom prywatnym sprzedaje się w dawkach półgramowych, wystarczających na 10 badań, po pół rubla za dawkę.

— 66 — W gub. Kaliskiej pozwolono praktykować lekarzom, którzy nie mają dyplomu rossyjskiego.

— 67 — Żandarmerya moskiewska zażądała od organizacyjnego biura zjazdu im. Pirogowa przedstawienia listy wszystkich uczestników ostatniego zjazdu. Aczkolwiek nazwiska uczestników zjazdu nie są trzymane w tajemnicy i lista ich, jak zwykle, tak i tym razem, przeznaczona jest do druku w sprawozdaniu ze zjazdu, jednakże biuro odmówiło żądaniu żandarmeryi, jako nie opartemu na żadnem prawie.

— 68 — W ziemstwach uznano za niezbędne do środków przygotowawczych w oczekiwaniu cholery zaliczyć: 1) zaproszenie do udziału—w charakterze kuratorów sanitarnych—nauczycieli i nauczycielki wiejskie; 2) przygotowanie z włościan personelu lekarskiego niższego, któryby umiał dać pierwszą pomoc choremu: 3) nauczenie włościan pielęgnowania chorych na cholerę: 4) nauczenie włościan najprostszych sposobów odkażania.

— 69 — Towarzystwo balneologiczne w Piatigorsku uchwaliło następujące tezy: 1) Braki sanitarne są w zależności prostej od ogólnych warunków życia—bezprawności, ciemnoty i nędzy. 2) Konieczną jest zupełna zmiana państwowości; w tym celu należy zwołać przedstawicielstwo złożone z niezależnie wybranych na zasadzie ogólnego i tajnego głosowania. 3) Konieczną jest bezzwłoczna reforma, gwarantująca wolność wyborów i zebrań przedwyborczych.

— 70 — Na zebranie miejskiej komisyi sanitarnej w N. Nowogrodzie nie przybyli wcale lekarze: ani miejscy, ani ziemscy, ani kolejowi i wszyscy kategorycznie odmówili udziału w komisyach utworzonych na zasadzie prawideł z r. 1903-go.

— 71 — Wszyscy lekarze ziemscy w gub. Kostromskiej odmówili udziału w pracach komisyi sanitarnych utworzonych podług prawideł z r. 1903-go.

— 72 — Rada lekarzy dla ubogich w m. Odessie na posiedzeniu w d. 4 Kwietnia odmówiła swego udziału w pracy walki z cholerą, jeśli ta walka będzie prowadzona na podstawie prawideł z r. 1903-go.

— 73 — Komitet Sanitarno-lekarski Moskiewskiego powiatowego ziemstwa zadecydował nie brać udziału w komisyach sanitarnych, które ustanowiono na zasadzie prawideł z r. 1903-go.

— 74 — „Wobec grożących nam epidemii ze Wschodu (cholery) i z Zachodu (nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), dla których rozwoju głód i nędza—tak rozwielmożnione w kraju naszym—wytwarzają najodpowiedniejsze podłoże, nieodzownem jest wspólne porozumienie się lekarzy z Królestwa w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racyonalnego postępowania. Jedynym sposobem skutecznego załatwienia tej naglącej a ważnej sprawy byłoby zwołanie wiecu lekarzy w Warszawie w jaknajkrótszym czasie. Towarzystwo hygieniczne tutejsze z założenia swego powinno ująć tę sprawę w swe ręce. Nie wątpimy, że koledzy z prowincyi tłumnie przybyliby do Warszawy, celem wzięcia udziału w wszechstronnem rozważeniu jednej z najważniejszych spraw społecznych“. (Gaz. Lek. № 15)

— 75 — Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 19 b. m. posiedzenie, w całości poświęcone sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ze sprawozdania naczelnego lekarza m. Krakowa, D-ra W i l k o s z a, dowiadujemy się, że od 1 Stycznia do 14 kwietnia b. r. było w mieście 15 przypadków tej choroby (12 na Kazimierzu, 3 w innych dzielnicah). Smiercią zakończyło się 7 przypadków. Na 15 przypadków leczonych w szpitalu św. Ludwika tylko 3 należało do gminy m. Krakowa. Wobec tej statystyki komisya sanitarna wykluczyła charakter epidemiczny dotychczasowych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Krakowie i uznała, że nie zachodzi potrzeba uchwalania z tego powodu jakichś specyalnych zarządzeń. Zapatrywania te poparł na podstawie swych spostrzeżeń w powiecie krakowskim starszy lekarz powiatowy Dr. B i e l a ń s k i. Że w m. Krakowie niema epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych—wiedzieliśmy; natomiast nader cenne jest dla mieszkańców powiatu krakowskiego oświadczenie Dr. B i e l a ń s k i e g o, gdyż ludność jest istotnie zaniepokojona i to nietyle obfitością dziennikarskich doniesień, ile zarządzeniami władz, że tu tylko przytoczymy zakaz komendy wojskowej wydawania świątecznych urlpów żołnierzom do zachodniej Galicyi, zakaz odbycia odpustu w Kalwaryi, rozporządzenie bukowińskiego rządu krajowego, ażeby przybywających z Galicyi poddawać badaniu lekarskiemu i mieć ich w siedmiodniowej obserwacyi: wszystkie te zarządzenia wydane zostały z powodu „epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych“. (Przegląd Lek. № 16).

— 76 — Do dnia 8 Kwietnia w 21 powiatach Galicyi zapadło na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 437 osób, z tych zmarło 188.

— 77 — „W blizkiem sąsiedztwie naszego kraju wybuchła epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Genickstarre*). Rozpoczęła się ona na Pruskim Śląsku i panuje w garnizonach w Brieg, Lamsdorf, Ohlau i Głogowie, a nadto w Königshütte. Następnie przeszła na Ślązk austryacki, zachodnie powiaty Galicyi, dosięgła nie tylko Krakowa, lecz rozszerzyła się i poza Kraków aż pod San. Według urzędowych sprawozdań, jak donosi „Przegląd Lekarski, № 13, do dnia 18-go marca zachorowało na tę chorobę osób 169, umarło zaś 56. Krajowa rada zdrowia w Galicyi na odbytem *ad hoc* posiedzeniu uchwaliła przedstawić Namiestnictwu konieczność wydelegowania specyalnej komisyi w celu dalszego badania tej epidemii pod względem bakteryologicznym, a w szczególności warunków jej rozwoju. Do komisyi tej Rada zdrowia proponuje docentów: Kucerę ze Lwowa i Drobę z Krakowa. I u nas z obawy łatwego przedostania się tego cierpienia, wartoby przedsięwziąć odpowiednie środki ostożności. Epidemia tejże choroby panuje obecnie i w New-Yorku. („Gaz. Lek. № 18)

— 78 —„W sprawie walki z ospą“ zatytułował swój artykuł umieszczony w 68 № Kurjera Codziennego kol. St. Skalski. Autor dowodzi w nim—na zasadzie swej kilkoletniej pracy wśród ludności wiejskiej w pobliżu Łodzi—konieczności ścisłego wykonywania przepisu sięgającego początków 19 stulecia, zalecającego bezpłatne szczepienie ospy całej ludności Królestwa. Zdaniem kol. Skalskiego, najzupełniej uzasadnionem, należy wszelkie koszty szczepienia płacić z ogólnych funduszów gminnych, nie zaś jak obecnie kazać matce przynoszącej dziecko do szczepienia zdobywać te parę czy kika kopiejek na zapłacenie lekarzowi. Płacenie ryczałtowe ułatwi pracę lekarzom szczepiącym ospę, do czego autor artykułu gorąco zachęca kolegów. Przeciwników szczepienia ospy wśród włościan w obrębie swej działalności kol. Skalski widział niezmiernie mało; jeśli ta lub owa matka nie stawiła się do szczepienia, pewnie spowodował to brak grosza w domu, objaw bardzo częsty po wsiach na przednowku. W roku bieżącym, gdy wobec wybuchu ospy po wsiach kol. Skalski dokonał do 2000 szczepień, ludność chętnie garnęła się do szczepienia; wypadło szczepić w niektórych razach kilkudziesięcioletnim ludziom po raz pierwszy, ale to szczepienie było dokonywane na koszt ogółu. Najgorzej sprawa szczepienia ospy przedstawia, się zdaniem kol. Skalskiego, wśród służby dworskiej, która jest zbyt biedną i ciemną, by sama zrozumieć mogła potrzebę szczepienia, a której najbliższe otoczenie nie potrafi do tego zachęcić.

— 79 — Kasa wzajemnej pomocy lekarzów w Łodzi.

Sprawozdanie wykazuje, że w d. 1 stycznia 1904 r. liczba członków wynosiła 45, w ciągu roku sprawozdawczego przybyło 3, wystąpiło 2, zatem na 1 stycznia r. b. Kasa liczyła 46 członków.

Wpływy Kasy stanowiły: ze składek członkowskich 10 rublowych rb. 460, z procentów od składek oszczędnościowych 65 kop. 10, z wpisowego rb. 18, razem rb. 543 kop. 10; wydatki zaś stanowią: zapomogi rb. 306, różne wydatki rb. 42 kop. 48, czyli razem rb. 348 kop. 48; przewyżka zatem dochodów nad rozchodami wynosi rb. 104 kop. 62. Kapitał obrotowy stanowi rb. 1,090 kop. 79, fundusz oszczędnościowy, zapisany na rachunku A—wynosi rb. 2,016 kop. 38, na koncie zaś B—rb. 97 kop. 39. Kapitał żelazny rb.113. kop. 73. Kapitał zdepo-

nowany w Towarzystwie wzajemnego kredytu rb. 1976 kop. 71, w papierach procentowych rb. 1,349 kop. 99, gotowizną w kasie kop. 85.

Sprawozdanie to, jak i budżet na rok 1905, przewidujący w dochodach rb. 976 i wydatkach rb. 800—zatwierdzono.

Wybory dały wynik następujący: na członków Zarządu na miejsce następujących po ukończonej kadencyi urzędowania powołano kol. Ludwika Fankanowskiego i Władysława. Pinkusa ponownie: na za zastępców zaś dr Bronisława Handelsmana (ponownie) i Stanisława Serkowskiego (na nowo). Do komisyi rewizyjnej kol. Kolińskiego, Krakowskiego i Markowskiego.

Na wniosek kilku członków upoważniono Zarząd do wydawania pożyczek bezprocentowych członkom w rozmiarze określanym przez Zarząd.

— 80 — Łódzki „Rozwój" (№ 72) zapytuje: „Co się dzieje z zapisem Konstadta? Dziesiąty rok mija od czasu śmierci przemysłowca łódzkiego Hermana Konstadta, t. j. od czasu, kiedy milionowym zapisem obdarzył miejscową ludność żydowską.

Wykonanie swej ostatniej woli powierzył zapisodawca grupie obywateli, którzy tę misyę przyjęli na siebie, a przynajmniej nie słyszeliśmy o tem, by ktoś z nich zrzekł się tych obowiązków.

Początkowo przez krewnych dalekich kwestyonowany—od lat paru jest ten zapis za niezaprzeczalny uznany, a jednak o wprowadzeniu go w życie nic nie słychać!

Dlaczego?

Zdaje nam się, że szeroki ogół ma prawo kontroli nad wszystkiemi sprawami społecznemi, szczególniej zaś nad sprawami tak wielkiego znaczenia; jak zapis milionowy na cele dobra ogólnego.

W danym razie chodzi o sprawę, która szczególną gra rolę, w tej chwili, w chwili ogólnego zubożenia ludności naszego miasta.

Pierwszą instytucyą, jaka miała powstać z zapisu Konstadta, miał być żydowski szpital dla dzieci.

Jeżeli wykonawcy zapisu uznają pożytek szpitali, jeżeli uznają zdolność szpitali ratowania życia, to opóźnienie powstania szpitala jest zarazem przyczynianiem się do śmierci wielu istnień ludzkich.

O to ogół obwiniać musi wykonawców testamentu Konstadta!

Dziś, kiedy na ustach wszystkich jest skarga na rutynę i niedbalstwo urzędowej biurokracyi, dziś tem jaskrawiej odbija zaniedbywanie obowiązków ze strony tych, którzy jako obywatele podjęli się wykonania sprawy publicznej.

To też w imieniu ogółu zapytujemy niniejszem grono osób, które nominalnie stanowi Komitet wykonawców testamentu Konstadta: co się dzieje z tym zapisem *i na jakiej zasadzie dotąd nie zaczęto budować szpitala dla dzieci?*".

Minęło dwa miesiące od postawienia tego pytania, ale nań odpowiedzi nie dano....

— 81 — *Nasz udział w pracach przyrodniczych całego świata.* Dnia 20 marca odbyło się doroczne posiedzenia administracyjne Komisyi bibliograficznej Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności. Komisya ta zbiera ze wszystkich czasopism tytuły prac, tłómaczy je na francuskie i z odpowiedniemi cytatami przesyła międzynarodowej Komisyi katalogowej, mającej siedlisko w Londynie, która współudziałem w kosztach państw lub Akademii Europejskich ogłasza je corocznie. Nasza Akademia uzyskała prawo opracowywania wszystkich prac wychodzących po polsku bez względu pod jakim wychodzą zaborem. Za sprawozdania międzynarodowej Komisyi (z 24 maja 1904 r.) okazało się, że z 29 państw, względnie instytucyj mających brać udział w jej pracach było czynnych 25 biur regionalnych. Komisya rozpoczęła prace w r. 1901 a nasza Akademia już w tym samym roku 22 lipca wysłała pierwszy zapas kartek z tytułami (Austrya dopiero 10 lipca 1903 r.). Co do ilości kartek (tytułów prac) na czele stoją Niemcy (147000 kartek), potem Francya (47000), Wielka Brytania (43000), Rosya ma pokaźną liczbę 21000, Włochy 13000, Hollandya 67000, Austrya 64000 po której idzie zaraz Polska z 3492 kartkami, zajmuje zarazem dziewiąte na świecie miejsce. Wobec trudnych warunków, w jakich się znajdujemy, jest to zapewne bardzo zaszczytny rezultat. Przewodniczącym tej Komisyi, która obecnie została rozszerzona i będzie się zajmować historyą nauk matematyczno-przyrodniczych był prof. W. Natanson, jej sekretarzem p. T. Estreicher, którzy też zostali ponownie na rok następny wybrani.

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 27 Апрѣля 1905 г.